Año 1 | Edición N° 1 | Septiembre 2013

Revista Científica de la REGIONAL LA PLATA

del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires

ISSN 2346-8653

ABIERTOS A LA PARTICIPACIÓN

“Aumentando alternativas ´para que no haya niños sin decir....´”
de la Lic. Gabriela Medina y equipo
Pág. 5

“El piercing lingual y su relación con alteraciones en la articulación de los sonidos del habla”
de la Lic. Laura Gareca
Pág. 14

“Evaluación de la disfagia con estudio dinámico de la deglución”
de la Dra. María del Carmen Campos
Pág. 38

Visite **nuestra biblioteca y sala de lectura**

Sigamos actualizándonos en forma continua

En este último tiempo
incorporamos los siguientes títulos:

Préstamos por 10 días con sólo proporcionar algunos mínimos datos.
Se encuentra disponible nuestra sala de lectura.

Este espacio les pertenece.
Están todos invitados.

EDITORIAL

Un nuevo canal de comunicación para jerarquizar la profesión

El Colegio como institución de Ley nació hace 15 años, con la misión de habilitar a los profesionales para la práctica profesional, **pero también con el fin de lograr el crecimiento, la jerarquización y el reconocimiento de la Fonoaudiología.**

Fueron años en los que trabajamos incansablemente para posicionar a la Fonoaudiología en el lugar donde hoy se encuentra. En la última década, nuestra Ciencia creció en forma sustancial como profesión de la Salud, con amplio anclaje en la Educación en base a dedicación, responsabilidad, esfuerzo y pasión. Si hablamos de nuestras implicancias prácticas podemos decir que estamos fuertemente inmersos, integrados y reconocidos en los equipos de salud de áreas cada vez más importantes y profundas.

Sin embargo, no contábamos con una herramienta que reuniera y reflejara, en esta misma línea de crecimiento, nuestra producción científica. Por tal motivo creemos que el hecho de poner en marcha esta Revista Científica es una invitación más, para que ustedes, nuestros matriculados, y la comunidad fonoaudiológica nacional toda participe de la expansión científica colectiva y de la vida institucional de la Regional La Plata.

Anhelamos también, que esta publicación sea el disparador que profundice nuestro lugar en el mundo científico y cree un ámbito de unión entre pares y de experiencias compartidas, desde todas las perspectivas posibles. De la misma manera, estamos convencidos de que a esta visión no la podemos alcanzar sin colaboración de todos; necesitamos indudablemente contar con sus aportes y sugerencias para disfrutar juntos de los logros obtenidos. No obstante, sabemos que todavía tenemos un largo camino por recorrer como profesión, como profesionales y como institución.

Para finalizar, espero de todo corazón, que esta revista sea un elemento más que nos impulse a conformar un gran equipo de colegas que, entre sí y mutuamente, se nutra para mejorar la práctica profesional.

Como siempre lo manifiesto, las puertas de la Regional están abiertas para el diálogo constructivo que, inexorablemente, redundará en el crecimiento tanto de la profesión como de nuestro querido Colegio.

Cordialmente,

Lic. María Alejandra Morchón
Presidente de la Regional La Plata

Staff

Edición N° 1

Revista Científica de la Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires

ISSN 2346-8653

Propietario
Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Directora General
Lic. Irene Beatriz Fernández

Secretario de Redacción
Trad. Publ. Rául Carranza

Editor responsable
Consejo Directivo

Presidente
Lic. María Alejandra Morchón

Vicepresidente
Lic. Ana María Uriarte

Secretaría general
Lic. Noemí Mabel Díaz

Tesorero
Lic. Silvia Edith Moszenberg

1° vocal titular
Lic. Claudia Edith Díaz

2° vocal titular
Lic. Gabriela Josefina Domínguez

3° vocal titular
Lic. María Silvia Cesanelli

1° vocal suplente
Lic. Irene Beatriz Fernández

2° vocal suplente
Lic. Marcela Fabiana Fernández

3° vocal suplente
Lic. María Elena Aguilera

Tribunal de ética
Titular: Lic. Nora Beatriz Dumm
Suplente: Lic. Marta Alicia Hongay

Redacción
Calle 38 N° 1005 entre 15 y 16.
(0221) 427-2234
La Plata, Argentina.
revistacrlp@cfba.org.ar
www.cfba.org.ar

Comité Científico
Lic. María Rosa Alfaro.
Dra. María del Carmen Campos.
Lic. Claudia Díaz.
Lic. María Elsa Echave.
Lic. Lucía Infante.

Revisión
Lic. Gabriela Domínguez.
Lic. María Elena Aguilera.

Producción General
AVAL Comunicaciones.

Diseño y Diagramación
Estudio Mate

Impresión
Gráfica Cogtal. Agosto 2013.
Magdalena N° 48, Villa Domínico.

"Registro DNDA en trámite".

La revista no se responsabiliza por los contenidos vertidos por los autores.

Sumario

"Aumentando alternativas ´para que no haya niños sin decir....´" 5
de la Lic. Gabriela C. Medina, la Médica Dominique Maestropaolo, la Lic. Viviana L. Formoso, la Ter. Ocup. María A. Di Nillo y la Prof. María C. Pisoni.

"El piercing lingual y su relación con alteraciones en la articulación de los sonidos del habla" 14
de la Lic. Laura Angélica Gareca.

"Evaluación de la disfagia con estudio dinámico de la deglución" de la Dra. María del Carmen Campos. 38

Presentamos a las integrantes del Comité Científico 48

Normas de publicación 52

Balance de gestión de la Regional La Plata 56

Nuestro nuevo edificio 58

Servicios para nuestros matriculados 60

Campañas de concientización 62

Nuestro rol - La labor fonoaudiológica en la Salud Pública 63

Opinión de la Lic. Alejandra Rodríguez Moreda 64

Nuestras comisiones de trabajo 65

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Trabajos Científicos

5 **AUMENTANDO ALTERNATIVAS**
"PARA QUE NO HAYA NIÑOS SIN DECIR...."
de la Lic. Gabriela C. Medina, la Médica Dominique Maestropaolo, la Lic. Viviana L. Formoso, la Ter. Ocup. María A. Di Nillo y la Prof. María C. Pisoni.

14 **"EL PIERCING LINGUAL Y SU RELACIÓN CON ALTERACIONES EN LA ARTICULACIÓN DE LOS SONIDOS DEL HABLA"**
de la Lic. Laura Angélica Gareca.

38 **"EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA CON ESTUDIO DINÁMICO DE LA DEGLUCIÓN"**
de la Dra. María del Carmen Campos.

Los colegas interesados en enviar trabajos científicos y casos clínicos pueden hacerlo escribiendo a **revistacientifica@cfba.org.ar**

Trabajo Científico N° 1

AUMENTANDO ALTERNATIVAS "PARA QUE NO HAYA NIÑOS SIN DECIR...."

Gabriela C. Medina1; Dominique Maestropaolo2; Viviana L. Formoso3; Maria A. Di Nillo4; Maria C. Pisoni5.

1 Gabriela C. Medina*
Licenciada en Fonoaudiología
Profesora de la Carrera Fonoaudiología en el ISFD N° 9
Fonoaudióloga de la Escuela Especial María Montessori

2 Dominique Maestropaolo
Médica Fisiatra del Servicio de Rehabilitación del HIGA San Martín
Médica Fisiatra de la Escuela Especial María Montessori

3 Viviana L. Formoso
Licenciada en Fonoaudiología
Psicopedagoga
Asistente Educacional de la Escuela Especial María Montessori

4 Maria A. Di Nillo
Terapista Ocupacional
Psicomotricista
Terapista Ocupacional de la Escuela Especial María Montessori

5 Maria C. Pisoni
Profesora de Sordos e Hipoacúsicos
Especialista en Informática Educativa

Resumen

Un grupo de profesionales del área de rehabilitación busca estrategias para niños que muestran gran intención comunicativa y dificultades para concretarla por estar afectados con patologías motoras. La comunicación aumentativa y alternativa es un conjunto de elaboraciones teóricas, sistemas de signos, ayudas técnicas y estrategias de intervención, que se dirige a sustituir y/o aumentar el habla. La implementación de una adaptación como adecuación de acceso a la comunicación y al aprendizaje surge como estrategia en la rehabilitación de estos niños. Nuestro objetivo es evaluar la aplicación del recurso de comunicación aumentativa y alternativa en docentes y padres de alumnos de una escuela para irregulares motores. Se eligió un abordaje cualitativo con dos grupos focales: uno formado por padres y el otro por docentes. Se los filmó, se desgrabó y se procedió al análisis del contenido. En la síntesis de los hallazgos, los padres informan que usan el comunicador para realizar tareas escolares y/ó cuando por ningún otro medio no comprenden a sus hijos; dos responsabilizan al uso del comunicador como el causal de inhibir la oralidad; la mayoría consideran al comunicador como impráctico e incómodo; otros consideran insuficiente la información y entrenamiento; los docentes evidenciaron errores conceptuales y el requerimiento de una capacitación extra a la formación docente y resignificaron el rol del docente. Algunas

estrategias e interrogantes que nos surgen consisten en generar espacios de reflexión para optimizar la información y entrenamiento de este recurso con padres y equipo técnico – docente. Un niño que no puede expresarse verbalmente y que presenta severos trastornos motores genera dificultades para conocerlo y se abren interrogantes. Un niño así nos pone en evidencia. ¿Quién queda más lesionado? ¿Los padres, los maestros, los profesionales, la sociedad, la cultura...?

Palabras claves: Comunicación, estrategias, patología motora.

Summary

A group of rehabilitation professionals, search strategies for children who show great communicative intention, but have difficulties to reach it, for being affected with motor pathologies. Augmentative and alternative communication is a set of conceptualizations, sign systems, technical assistance and intervention strategies that are directed to replace and increase speech. The implementation of an adaptation as adequation to access to communication and learning, emerge as a strategy in the rehabilitation of these children. Our goal is to evaluate the application of the resource of augmentative and alternative communication, in teachers and parents of pupils irregular engines. We chose a qualitative approach with two focus groups, one consisting of parents and one consisting on teachers. were filmed, proceeding to the analysis of the content. In the synthesis of the findings, the parents prefer to use the communicator for homework and / or when by any other way they cannot understand their children, two think the communicator is causal of inhibit oral traditions and consider the communicator as impractical and uncomfortable, other consides that information and training is not enough, and teachers evidenced conceptual errors that require extra training to teacher to resignifying their role. some strategies and questions that arise consist in creating spaces of reflection to optimize the information and training of this resource, with parents, and technical team - teaching. A child who can not express himself verbally and that presents severe motor disorders, causes difficulties to know him, opening questions. A child like this leave us in evidence, but who is more injured?: Parents, teachers, professionals, society, culture ... so this alternative is not a cure, but a choice, "despite" all obstacles of the children and the resource.

Keywords: Communication, strategies, motor pathology

Introducción

Determinar cómo adquieren el lenguaje los niños con patología motora es nuestro desafío. Los procesos que intervienen en su adquisición se instalan con parámetros distintos a los usados por el niño normal.

Nos proponemos evaluar la aplicación del recurso de comunicación aumentativa y alternativa, en una escuela para irregulares motores.

El desarrollo de la inteligencia en el estadio sensorio-motriz tiene como protagonista al cuerpo. Esta inteligencia es total y práctica. La sensopercepción es la captación por los sentidos y la interpretación que el sistema nervioso hace de ellos. En el niño con parálisis cerebral, la imposibilidad o pobreza del movimiento autónomo y las percepciones distorsionadas hacen que la llegada y respuesta de los estímulos se presenten exagerados o ausentes. La puesta en marcha de mecanismos compensatorios dependerá de un tercero.

Para resolver estas cuestiones, se implementa un programa de comunicación alternativa y aumentativa que incluye un extenso conjunto de elaboraciones teóri-

cas y estrategias de intervención. La aplicación e implementación de una adaptación como adecuación de acceso a la comunicación y al aprendizaje surge como estrategia en la rehabilitación.

Las personas que requieren un comunicador como adaptación para comunicarse deben valerse de imágenes que reemplacen palabras y que den cuenta al receptor de lo que el emisor quiere transmitir.

El formato del comunicador depende del usuario e incluye variables como: forma, tamaño, cantidad de imágenes, cantidad de vocabulario sin omitir el criterio categorial.

La tecnología como conjunto de conocimientos técnicos pretende resolver problemas prácticos y/o concretos y mejorar la calidad de vida. Implica un saber hacer.

Cuando se opta por una respuesta tecnológica no alcanza con tener los conocimientos: SABER HACER. Se trata también de contar con los medios necesarios para poder hacerlo: PODER HACER y asumir las responsabilidades éticas y/o políticas para obtener la solución tecnológica de tales problemas: QUERER HACER.

Fundamento del uso: elimina presión para el habla, estimula memoria, atención y procesamiento auditivo, facilita la adquisición de habilidades cognoscitivas y posibilita el pensamiento abstracto, satisface necesidades, informa sucesos, estados de ánimo y sensaciones, permite afirmar, negar, preguntar y contestar, evalúa y estimula la intencionalidad comunicativa permite confeccionar comunicadores y cuadernillos pedagógicos y amplía el vocabulario.

Material y método

Se realizó un estudio cualitativo de tipo exploratorio, descriptivo no experimental

Etapa exploratoria:

La selección de la muestra fue intencional. Los criterios de inclusión: padres de niños que asisten a la escuela con diagnóstico de Parálisis Cerebral y trastorno en la comunicación que trabajen con CAA y docentes de la institución que estén trabajando con el recurso. Y los criterios de exclusión: padres y docentes que no cumplan con los requisitos de inclusión. La técnica de recolección de datos fue la de grupos focales. Se confeccionaron dos listas de preguntas, una para cada grupo focal en forma jerárquica.

Anexo 1

Grupo focal: docentes

1. ¿Quién los capacitó?
2. ¿Está de acuerdo con la capacitación recibida?
3. ¿Para qué aspectos de su trabajo usa la comunicación aumentativa y alternativa?
4. ¿Para qué consideran que el programa de comunicación alternativa les es útil?
5. ¿Cómo les resulta el uso del material?
6. Por favor, ¿pueden ustedes mencionar ventajas y desventajas del material de comunicación?
7. ¿Conocen otros caminos para lograr los mismos resultados?
8. ¿Observan diferencias en el rendimiento de sus alumnos al trabajar con el material de comunicación alternativa?
9. ¿Cómo evidencian ustedes los avances de sus alumnos?
10. Cuando se enfrentan a una dificultad, ¿Cómo la resuelven?
11. ¿Se ha sistematizado el uso del comunicador en todas las actividades escolares donde participan los alumnos?

Anexo 2

Grupo focal: padres

1. ¿Qué opina del aprendizaje a través de imágenes?
2. ¿Ha recibido información y entrenamiento para el uso del programa de comunicación?
3. ¿Les sirve el material que les provee la escuela para comunicarse en casa?
4. ¿Quiénes de la familia y el entorno ha usado el programa?
5. ¿Qué cree que su hijo puede aprender o comunicar?
6. ¿Su hijo pide el uso del comunicador?
7. ¿Son las imágenes que hubiera elegido?
8. ¿El comunicador le parece cómodo?
9. ¿Piensa que si su hijo usa el programa no va a hablar?
10. ¿Usa el programa para hacer la tarea o estudiar cuando la maestra lo pide?

Etapa de trabajo de campo

Los padres y docentes fueron convocados a través de una invitación no formal. Se informó la modalidad de trabajo y los reparos éticos.

De 10 padres convocados 6 accedieron al momento, 2 se excusaron y 2 no se presentaron. Fueron convocados 7 docentes. Se solicitaron autorizaciones escritas dónde se informaba que serían filmados y que estaría presente un ayudante con el fin de tomar notas. Se les comunicarían los resultados una vez concluido el estudio. Los grupos focales se llevaron a cabo en un salón del Servicio de Rehabilitación del Hospital HIGA San Martín de La Plata, julio de 2010.

Grupo focal padres

Padres	Hijo	Patología	Comunicación	Edad	Años de Escolaridad	Integración
R	F	PC. hemiparesia doble	Gestual	8	5	Sí
A	T	PC. cuadriparesia espástica	Gestual	8	5	Sí
M	M	PC. Hemiparesia doble	Oral/Gestual	12	9	No
Ad	C	PC. Cuadriparesia distónica	Gestual	9	6	No
S	K	PC. Cuadriparesia distónica	Gestual	7	3	Sí
An	K	PC. Cuadriparesia distónica	Gestual	7	3	Sí

Grupo focal docentes

Docente	Especialidad	Cargo	Colegas	Antigüedad	Turno
An	Neuro locomotores	Maestra	Sí	5 años	Mañana Tarde
G	Neuro locomotores	Maestra	Sí	10 años	Alternado
Ad	Mentales	Maestra	Sí	10 años	Mañana
D	Neuro locomotores	Maestra	Sí	4 años	Mañana Tarde
E	Mentales	Maestra	Sí	1 año	Mañana Tarde
P	Maestra común	Maestra	Sí	2 años 6 meses	Mañana

Etapa de análisis de campo

Se desgravaron, se seleccionaron los códigos y se organizó una grilla para su análisis:

Grupo focal de padres: códigos seleccionados

- Uso del recurso
- Tiempo de implementación y uso
- Características del material de comunicación
- Actitud frente al recurso
- Recepción de información y entrenamiento en el uso

Grupo focal de docentes: códigos seleccionados

- Uso del recurso, para qué, por qué, rendimiento
- Tiempo de implementación
- Características del material
- Recepción de información y entrenamiento
- Intervención familiar

Hallazgos

Grupo focal con padres

- Uso del recurso

-todos acuerdan que lo usan en situaciones de extrema necesidad, cuando no los comprenden.

..."Te lo pide cuando no consigue hacerse entender".... (A)

-Coinciden en que al inicio fue novedoso y un estímulo para la comunicación. Otros manifiestan que disminuyó el lenguaje oral.

..."Ella antes 'tele' lo decía bárbaro y hasta claro y fuerte. Con el uso del comunicador nunca más volvió a decir 'tele' por más que nosotros exigiéramos que lo diga"...(An)

- Tiempo de implementación

- entre 1 y 8 años

- Características del material

Coinciden en que es poco práctico, las características dependen de cada niño y crecen con ellos. Siempre necesita de la ayuda de un tercero.

..."siempre tiene que haber alguien que la ayude a...." (SM)

- Actitud frente al recurso

-Todos se presentaron positivos y receptivos frente al recurso en un comienzo; pero por diferentes razones, lo usan en contadas ocasiones.

..."Al principio nos pareció buena idea, novedoso...al segundo año del uso del comunicador nosotros notábamos que K en vez de avanzar en la comunicación retrocedió"... (An)

..."y también hay que ver otra cosa. Nosotros como papás, los que estamos todo el día con ella, sabemos lo que quiere, la entendemos"... (SM)

- Recepción de la información y entrenamiento

-la manera de informar y entrenar a los padres fue diferente en cada caso

..."la fonoaudióloga. El equipo, la terapista...y estaba la parte de computación también"... (M)

- Sugerencias

-suponen que tal vez con computadoras podrían obtener más beneficios.

-algunos padres piensan que el problema de la comunicación está en las características físicas del comunicador

-una mamá da sugerencias de formatos para el comunicador

..."el otro día una mamá que tiene un chiquito va a rehabilitación...pero la fonoaudióloga le pidió una netbook o notebook"... (R)

..."Yo había propuesto la hoja de dibujo partida al medio, da una hoja n 3 de carpeta"... (A)

Grupo focal docentes

• Intervención familiar

-Pocas veces se cuenta con el reconocimiento de los padres.

-Se destaca que los padres al comienzo tienen muchas expectativas en la rehabilitación. Con el correr del tiempo van disminuyendo.

..."Lo presentamos a los papás y hubo papás que dijeron ¡ay! ¡qué bueno!... otros que no decían nada y otros... como que no se enganchaban, como que no están conformes"... (J)

• Evaluación del recurso

-Reconocen el valor del recurso en cuanto le otorga un rol activo al niño y resignifica el rol del docente.

-No todo se resuelve con CAA

..."si yo ahora tuviera que trabajar distinto no sé cómo haría"... (An)

..."es eso ahora como un recurso que me permite avanzar y antes no sé, no hubiera podido acceder a trabajar esto"... (An)

..."tenemos todos los desafíos a medida que uno va avanzando"..."logramos que cuenten cosas en los chicos que no contaban nada"... (J)

..."el rendimiento no es el mismo con el recurso de la CAA que sin el recurso"... (G)

• Características del material

-Es poco práctico.

..."es grande, pesado, brilloso, difícil de manejar". (J)

-Es difícil de consensuar al construir el comunicador.

..."y a veces se arman con nosotras discusiones... ponemos casa o no ponemos casa... Discutimos un espacio"... (G)

• Recepción de la información y entrenamiento

-La información y el entrenamiento para el uso del recurso se dio a través de la búsqueda personal, material aportado por padres y fonoaudióloga.

..."Haciendo cursos y también con diferentes personas que trabajan con estos nenes, es como que me fui metiendo en el tema"... (J)

..." fue directamente con la fono que me tocó, que me enseñó, me dio, me pautó la manera metodológica, si bien le agregué lo mío, pero de la mano de ella"... (An)

• Uso del recurso:

- Permitió expresar deseos, sentimientos, necesidades, poder contar cosas que de otra manera sería imposible.

..."sí es cierto y de saber algo de su cotidianeidad, algo tan simple como la cotidianeidad de ellos."... (P)

-El uso del recurso de la CAA ha permitido a los docentes desarrollar una metodología de enseñanza diferente a la convencional para el aprendizaje formal de contenidos pedagógicos de las áreas curriculares.

..."con la aparición de la CAA de pronto es pedagógico aunque no lea, ni escribe por-

que puede estudiar a partir de imágenes"... (G)

-El uso del recurso permitió ampliar la producción de otro código de comunicación: paralingüístico (gestos) y no la supresión de la oralidad.

..."una nena que a partir de usar empezó a ampliar también todo lo gestual porque por ejemplo ella ahora aprendió a decir: por favor, cosas que si bien no están en el comunicador...justamente lo que no te da el recurso amplió otra cosa...aprendió a decir... te voy a matar, inventó una seña que no está en el comunicador. Digo que antes no se le ocurría hacer mímica de gesto"... (An)

-El recurso permite al alumno organizar su pensamiento y transmitir ideas relacionadas con el aprendizaje.

..."lee la imagen, la imagen sintetiza el concepto"... (An)

..." los estructura, los organiza, les facilita el arrancar para conocer, para aprender"... (An)

-El uso del recurso permitió a alumnos integrarse a colegios comunes y poder realizar actividades y evaluaciones como los alumnos convencionales.

..."la CAA permitía dar clases de 6° grado con la currícula convencional... una nena que no tiene lenguaje oral, que no tiene lecto-escritura, que no tiene movimiento de los miembros superiores casi, en una escuela convencional...ella pudo, a la vista de una persona ajena, como es la maestra de grupo, la profesora de Cs. Sociales y contar ella, lo que había aprendido, asistida por un compañero"... (G)

Tiempo de implementación:

Entre 1 y 10 años.

Síntesis de los hallazgos

• En su totalidad los padres informan que usan el comunicador para realizar tareas escolares y/o cuando por ningún otro medio no comprenden a sus hijos.

..."T. lo pide cuando ve que no consigue hacerse entender" A.

• El desafío de trabajar con C.A.A requiere una capacitación extra a la formación docente.

..."haciendo cursos y también con diferentes personas que trabajan con estos nenes, es como que me fui metiendo en el tema"...(J).

• Se responsabiliza al uso del comunicador de ser la causa de dejar de expresarse oralmente..

..."en nuestro caso, por ahí, no nos resultó tan positivo porque creemos que ella hablaba un poco más y ahora se ha acostumbrado a señalar..." (SM).

• El comunicador es visto como impráctico e incómodo.

Y en algunos casos creen que sería más práctico transportar una notebook que la carpeta del comunicador.

..."hay tanta diversidad de temas, pero de temas como islas, en el comunicador nuestro, momentos de la escuela, estados de ánimo, programas favoritos, 5 hojas de comidas... cada vez más colores, letras, números, entonces para organizar un pensamiento y transmitirlo, uno tiene que ir y venir con las hojotas así...que T. solo no las puede girar" (A).

• Se evidencian errores conceptuales sobre CAA.

..."son nenes que va teniendo un desarrollo lingüístico que va súper acelerado y que no lo podés acompañar ya con un comunicador que sea nada más para indicar algo, entonces se nos está perdiendo la oportunidad de estructurar oraciones."...(J).

• A partir de la implementación de la CAA se resignificó el rol del docente

..."es eso ahora como un recurso que me permite avanzar y antes no sé, no hubiera podido acceder a trabajar esto"... (An).

• Algunos padres consideran insuficiente la información y entrenamiento que les brindó la Institución

..."no recuerdo haber participado de reuniones de información para el uso del recurso"... (A)

Discusión

• La practicidad, el funcionamiento y el uso de los comunicadores se muestran como una dicotomía, tanto en padres como en docentes.

• Por un lado es incómodo, pesado, impráctico, grande, brilloso... y por otro lado, es la única oportunidad que tiene el niño de poder ser entendido cuando por ningún otro medio logra hacerlo.

• Al encontrar en este recurso alternativo una oportunidad para vencer los obstáculos del habla que no fluye, un cuerpo que no puede decir con el hacer, se presentan emociones de felicidad por la propuesta o de desánimo porque finalmente su hijo no hablará.

• Se puede observar cómo los padres hacen consciente muchas dificultades a partir del disparador de las preguntas.

Muchas dificultades expresadas en el grupo focal de padres no fueron planteadas en la institución escolar con el mismo énfasis, la misma preocupación y el mismo malestar como lo hicieron en este espacio.

El interrogante es si sería oportuno generar nuevos espacios de reflexión fuera de las reuniones escolares para mejorar la información y entrenamiento de este recurso.

Un niño que no puede expresarse verbalmente y que presenta severos trastornos motores, lo cual genera en ocasiones dificultades para conocerlo verdaderamente, da lugar a muchos interrogantes.

Un niño así nos pone en evidencia, ¿quién queda más lesionado? ¿los padres, los maestros, los profesionales, la sociedad, la cultura...?

Es así que esta alternativa no es la cura sino una opción más, "a pesar de" todos los obstáculos del niño y del recurso.

Transitar este trabajo de investigación hizo que experimentáramos diversas sensaciones, se confirmaron hipótesis y descubrieron nuevos caminos. Múltiples emociones atravesaron nuestra tarea: deseos y compromiso de continuar ocupándonos de una necesidad que nos convoca desde hace ya algún tiempo y la sensación de que a veces son insuficientes los esfuerzos con escaso reconocimiento y cierta ingratitud.

Transitar este trabajo de investigación nos hizo instalar en una frontera, justo en ese borde del encuentro entre profesionales y familias (padres, alumnos o pacientes). Cuando Lacan dice... "el destino es el encuentro del sujeto con el Otro que dice y que inscribe con su decir"... sentimos entonces que nosotras podemos tirar una hebra y tejernos de alguna manera con el decir de los niños que no tienen palabras para hacerlo.

Este trabajo pretende ser solo una hebra capaz de ir tejiendo la difícil urdimbre de los decires del ser humano, niño o adulto, profesional o familiar, con alternativas o sin ellas.

El papel del tejedor es complejo y a veces poco gratificante pero tiene la ventaja de construir, sostener, bordear lo real, imaginario y simbólico entre lo normal y anor-

mal, la capacidad y discapacidad tan difícil de ser nombrada y signada por el otro.

En nuestro rol profesional deseamos llegar a lo esencial que tiene cada niño de único e irrepetible y también único e irrepetible en la manera de incorporar los saberes dándole registro de sujeto deseante y parlante en el proceso de aprendizaje.

Agradecimientos

Gracias inmensas a los niños de esta escuela que nos inspiran a ir por más, a docentes y familias por el aliento constante y gracias especialmente a la Dra. Cellone y al Dr. Limau porque nos enseñaron con dedicación, afecto y seriedad a estar a la altura de las circunstancias.

Bibliografía

Azcoaga, J. Los Retardos del lenguaje en el niño. Ed. Ateneo, 1981.

Bobath, K.; Köng, E. Trastornos Cerebromotores en el Niño. Editorial Panamericana. Buenos Aires. Segunda Reimpresión 1986.

Cahuzac, M. Incapacidad Motora de Orden Cerebral. Editorial Panamericana. Buenos Aires. Febrero 1985.

Derman, B. y Colaboradores. (1995). Recopilación Bibliográfica referida a Actividades de Desarrollo del Esquema Corporal, Psicomotricidad Orofacial y Sistema Fonético, Fonológico y Semántico. Circular técnica Parcial Nº 4. Dirección General de Cultura y Educacion, 1995.

Derman, B. y Colaboradores. (1994). Actualización del Estudio y Evaluación del Lenguaje para Encefalopatías Crónicas Infantiles. Lesionados y Paralíticos Cerebrales. Circular técnica. Dirección General de Cultura y Educación. Bs. As. 1994.

Gotbeter, G.; Álbarez Abril, A. (1997) Tecnología. Red Estrada. Red Multimedial Estrada de Capacitación Docente. Editorial Estrada. Provincia de Buenos Aires, Argentina. Primera Edición 1997.

Le Màtayer, M. Reeducación Cerebromotriz del Niño pequeño. Editorial Masson España. Reimpresión 1995.

Levin E. La infancia en escena, constitución del sujeto y desarrollo psicomotor. Editorial Nueva Visión.

Love, R. Neurología para especialistas del habla y del lenguaje. Ed. Panamericana, 1996.

Luisa Fernanda Rojas Bohorquez . Implementación de un Sistema de comunicación aumentativa y alternativa en usuaria del centro de rehabilitación Cruz del Sur Chile. www.espaciologopedico.com 1/05/2003.

Nuñez B. Familia y discapacidad, de la vida cotidiana a la teoría. Ed. Lugar, Bs. As.2007

Peña L. Taller electrónico “Las Nuevas Tecnologías en el aprendizaje de personas con NEE”. Módulo 1: Trabajar con “Necesidades Educativas Especiales”. Centro Integral de Estudios Psicopedagógicos. Buenos Aires. Página 1-14

Sánchez Montoya R. Ordenador y Discapacidad. Guía práctica para conseguir que el ordenador sea una ayuda eficaz en el aprendizaje y la comunicación. CEPE (Ciencias de la Educación Preescolar y Especial). Madrid, 1995.

Trabajo Científico N° 2

EL PIERCING LINGUAL Y SU RELACIÓN CON ALTERACIONES EN LA ARTICULACIÓN DE LOS SONIDOS DEL HABLA

Por la Lic. Laura Gareca.

Licenciada en Fonoaudiología TND Enfoque Bobath. Especialista en bebés y niños. Trabaja en la Asociación de Protección al Paralítico Cerebral (APPACE) y en los Consultorios del Huerto Red Integral de Rehabilitación Integral - San Salvador de Jujuy. Actualmente inició la Especialización en Neurolingüística Infantil.

Resumen:

En el presente trabajo, se estudió la relación entre la colocación del piercing lingual y los trastornos de la articulación de los sonidos del habla.

Es importante destacar que la práctica de las perforaciones corporales ha alcanzado con rapidez una gran popularidad en nuestra sociedad, sobre todo en los individuos más jóvenes.

Esta investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta que la información con la que contamos, sobre todo del área fonoaudiológica relacionada a estas prácticas, es escasa. El propósito es proporcionar una herramienta más, que nos permita acercarnos a la problemática referida a la alteración de la pronunciación o articulación, que pueda resultar como consecuencia de la presencia de un piercing lingual.

La investigación se realizó sobre 50 individuos de diferentes edades con piercings linguales, sin alteraciones máxilo-faciales y sin antecedente de dificultades en el lenguaje. La recolección de datos se realizó mediante una Historia Clínica, en la cual se evaluó: edad, sexo, motivación, características anatómicas, aspecto fisiológico y alteraciones articulatorias. Dichas alteraciones se evaluaron mediante el método propuesto por la autora Laura Bosch Galceran en su libro "Evaluación Fonológica del Habla Infantil". Los resultados fueron concluyentes en todas las personas con piercing lingual. Se encontraron alteraciones de los fonemas consonánticos, en mayor o menor medida. Estas alteraciones dieron como resultado una "imprecisión articulatoria", debido a que la presencia de un cuerpo extraño interfiere en el normal movimiento de la lengua al hablar e impide la producción clara y "limpia" de los sonidos de la lengua.

Summary:

In this paper, we studied the relationship between the use of tongue piercing and articulation disorders of speech sounds.

Importantly, the practice of body piercing has become very popular in our society, especially in younger individuals.

This research was carried out taking into account that the information that we have, especially from the Phonoaudiologic area, related to these practices, is scarce. The purpose of this study is to provide a tool that allows us to address the problem related to the alteration of the pronunciation or articulation, which may be due to the presence of tongue piercing.

This research was conducted on 50 individuals, of different ages, with tongue piercings without maxillo-facial abnormalities and no history of language difficulties. Data collection was performed through a medical history in which the following data were assessed: age, sex, motivation, anatomical features, physiological aspect and articulatory alterations. These were evaluated by using the method proposed by the author Laura Bosch Galceran in her book "Phonological Assessment of Child Speech". The results were conclusive in all individuals with tongue piercing. Alterations of consonant phonemes were found to a greater or lesser extent. These changes resulted in an "articulatory imprecision" due to the

fact that the presence of a foreign body interferes with the normal movement of the tongue to speak and prevents the clear and "clean" production of the sounds of language.

Palabras Claves:

Tongue piercings, body art, tongue anatomy, articulatory alterations.

Introducción:

El cuerpo humano es un lienzo que ha sido adornado de muchas maneras durante milenios, ya sea en forma de ritual, cultura o simplemente como embellecimiento. En los últimos tiempos, la denominada cultura "Body Art" (Arte sobre el Cuerpo) ha ganado adeptos en todos los medios y en diferentes edades. Dentro de esta "nueva cultura" encontramos a la "Perforación Corporal" como uno de sus manifestaciones más conocidas.

En el presente trabajo, se estudiará un tipo específico de perforación corporal denominado Piercing Lingual. En nuestro entorno, la perforación de la lengua se ha convertido en un fenómeno masivo, en donde el rango de edades de las personas que llevan un piercing de lengua es muy amplio.

Teniendo en cuenta lo novedoso de la práctica de las perforaciones y la rapidez de difusión que ha ganado, nos damos cuenta de que no contamos con un caudal de información y material que nos permita acercarnos a la problemática que tiene que ver con la pronunciación o articulación que pueda resultar como consecuencia de estas prácticas, lo que condujo al siguiente planteo: la colocación de un piercing lingual, ¿trae como consecuencia alteraciones en la producción de los sonidos de la lengua? En esta investigación se estudiará si este aditamento influye o no en algo tan vital para el ser humano, como lo es la expresión del lenguaje por medio del habla.

Objetivos de la investigación

El **Objetivo General** de este trabajo, es:

- Determinar si la colocación del piercing lingual trae como consecuencia dificultades en la articulación de los sonidos de la lengua.

Los **Objetivos Específicos**, son:

- Indagar acerca del motivo de la colocación del piercing lingual.
- Describir los aspectos anatómicos de la lengua y del frenillo lingual.
- Describir los aspectos funcionales de la lengua.
- Indagar sobre las alteraciones en la articulación de los sonidos que pudieran presentarse.

Material y Método:

En el presente estudio descriptivo, se estudió si el llamado "piercing de lengua", está relacionado con dificultades articulatorias en las personas que lo utilizan y cuáles son específicamente los errores que se producen al hablar.

Para este estudio se evaluaron 50 adolescentes y jóvenes de ambos sexos y de diferentes contextos sociales.

La recolección de datos se realizó mediante una "Historia Clínica" numerada y anónima que constaba de tres partes:

1) Evaluación Clínica: por medio de la observación, se estudiaron las características anatómicas de la lengua y del frenillo.

2) Evaluación Funcional: se evaluaron la función de la lengua y los movimientos

compensatorios.
3) Evaluación Articulatoria: se evaluó la articulación y se detectaron los errores en la pronunciación de los sonidos de la lengua.

Las 50 personas incluidas en el estudio reunieron la particularidad de presentar un desarrollo máxilo-facial armónico, conocido como "eugnacia". La presencia de algún tipo de desarrollo máxilo-facial disarmónico agrupado bajo el nombre de "disgnacia" habría imposibilitado el conocimiento acerca del origen del error articulatorio. También se excluyeron de este estudio a las personas con antecedentes de problemáticas relacionadas con el lenguaje..

Variables consideradas en la investigación

1) Edad: se armaron los siguientes intervalos de clase: adolescentes desde los 13 a los 17 años, jóvenes desde los 18 a los 24 años y adultos desde los 25 años en adelante.
2) Sexo: dicha variable arrojó datos sobre la incidencia del piercing lingual entre hombres y mujeres.
3) Motivación: por medio de ella, se pudo conocer cuáles son los motivos aproximados que llevan a las personas a colocarse un piercing. Se consideraron las siguientes opciones: moda, estética, por impulso o deseo momentáneo, para experimentar sensaciones diferentes en el propio cuerpo, para provocar sensaciones diferentes en otra persona.
4) Características anatómicas: esta variable permitió conocer el estado anatómico general de la cavidad bucal de las personas que se incluyeron en el estudio, como así también la detección de tipos de "disgnacia". En el anexo de este trabajo, se adjuntaron fotos de algunas características particulares en cuanto a la anatomía de la lengua y frenillo de los casos tomados para la muestra de este estudio. Dichas fotos figuran con el número correspondiente a cada Historia Clínica.

a) *Lengua:* se consideró:

• Forma:
- Oval.
- Cuadrangular
- Triangular.
- Indentaciones.

• Tamaño:
- Aceptable.
- Aumentado.
- Disminuido.

• Textura:
- Sin particularidades
- Saburral.
- Geográfica.
- Agrietada.

• Color:
- Rosado.
- Rojo.

b) *Frenillo:* se consideró:

• Forma:

- En media luna.
- Triangular.
- Lengua totalmente atada.

• Implantación:
- Aceptable.
- Media.
- Totalmente atada.

• Consistencia:
- Fibrosa, compacta.
- Liviana, traslúcida.

5) *Aspecto Fisiológico:* se valoró la realización de los actos motores básicos de la lengua (arriba, abajo, hacia los lados, afinar la lengua), y se observó además movimientos no voluntarios (compensaciones durante la realización de los actos motores y temblor de la musculatura lingual).

En esta variable se consignaron:
- Movimientos sin particularidades.
- Movimientos con particularidades.
- Movimientos compensatorios.

6) *Alteraciones de los sonidos del habla*: la evaluación fonológica se llevó a cabo mediante el método propuesto en el libro: "Evaluación Fonológica del Habla Infantil" de la autora española Laura Bosch Galceran, que constituye una herramienta que permite a especialistas del leguaje evaluar las habilidades fonológicas del habla infantil. La evaluación se basa en la descripción de una serie de láminas que fueron diseñadas para recabar información acerca de los sonidos y las combinaciones de sonidos que conforman las palabras. El lenguaje que se obtiene con la aplicación de esta prueba es similar al lenguaje espontáneo, porque no se limita solamente a la producción de una lista de palabras aisladas, ya que el sujeto debe describir una escena.
El análisis se realiza sobre 62 elementos fonéticos*, que se encuentran distribuidos en 32 palabras de un vocabulario básico infantil. Los distintos sonidos y combinaciones fueron incluidos en distintas posiciones.

Se seleccionaron cuatro diptongos, dos crecientes: ie /je/ – ue /we/, y dos decrecientes: eɪ /ei/ - aʊ /au/, que pueden ocupar la posición de ataque silábico y diferenciando entre los que ocupan la primera sílaba (posición inicial) o la segunda sílaba (posición media).

• Posición inicial:
- Oclusivas: /p/, /t/, /k/, /b/, /d/, /g/.
- Fricativas/Africadas: /θ/, /f/, /s/, /x/, /tʃ/.
- Sonantes: /m/, /n/, /l/, /r/.

• Posición media:
- Oclusivas: /p/, /t/, /k/, /β/, /ð/, /ɣ/.
- Fricativas/Africadas: /θ/, /f/, /s/, /χ/, /tʃ/.
- Sonantes: /n/, /ŋ/, /ɭ/ , /ʎ/ , /ɾ/, /r/.

Otro grupo que se evalúa, son aquellos que pueden ocupar la posición de coda silábica, ya sea al final de la palabra o en su interior, seguida de otra sílaba.
Los segmentos consonánticos seleccionados fueron:

*La evaluación en este trabajo se realizó sobre 61 elementos fonéticos, ya que no se evaluó la interdental [θ].

• Coda silábica, final de la palabra: n, l , r , s, θ.

• Coda silábica, interior de la palabra (en cuyo caso se indica la consonante o grupo inicial de la siguiente sílaba): m.b, n.t , n.d , n.k, n. tʃ , l.s , r.k, s.p, s.t , s.tr.

Para el análisis también se seleccionaron ataques silábicos complejos, con la distribución según la posición dentro de la palabra:

Consonante + / l /

• Inicial: pl , bl , fl , kl , gl.

• Media: -

Consonante + / r /

• Inicial: fr, dr, gr , gr.

• Media: br, dr, gr.

Los grupos [dl] y [tl] no son fonéticamente aceptados como ataque silábico, por lo tanto no pueden ser incluidos.

Las alteraciones fonológicas encontradas entre las personas con piercing que integraron la muestra fueron incluidas en las siguientes categorías:

• Fonemas Consonánticos:

- Posición Inicial.
- Posición Media.

• Fonemas Consonánticos en posición de coda silábica:

- Final de la palabra.
- Interior de la palabra.

• Grupos Consonánticos:

- Posición Inicial.
- Posición Media.

Marco Teórico

Funciones de la Boca

La función de la boca es de suma importancia para el ser humano. La variedad de funciones que ésta realiza es tan importante, que el impedimento de realizar alguna de ellas puede comprometer la vida del hombre.

La boca debe realizar actos concientes mecánico-funcionales para llevar a cabo la función alimentaria. Algunos de ellos son: prehensión, sorbición, incisión, desgarramiento y trituración de los alimentos. Al mismo tiempo se ponen en marcha mecanismos inconscientes como los glandulares, cuyas secreciones hacen posible otras funciones como la deglución y la digestión.

Otra de las funciones trascendentales para los seres humanos es el lenguaje. El lenguaje externo nos permite la comunicación con el mundo y el lenguaje interno asegura nuestro pensamiento y conciencia reflexiva humana.

La boca tiene además función en la mímica facial y es quizá la más expresiva.

Con respecto a la respiración, la boca mantiene estrechas relaciones para lograr sus funciones. Esto puede evidenciarse especialmente por los fenómenos expulsivos de carácter reflejo tales como la tos, el vómito, el bostezo, la regurgitación gaseosa, así como también al hablar, cantar, gritar.

Desde el punto de vista de la sensibilidad, la boca es una de las regiones del cuerpo que llega a extremos inigualados. El individuo puede establecer un nexo entre el medio externo y su medio interno. De tal manera, le es posible discriminar cualitativa-

mente sobre los elementos que traspasan la barrera que la boca establece.

La adecuada sensibilidad de los elementos es imprescindible para cumplir con las funciones bucales específicas.

La integridad de la sensibilidad bucal es imprescindible para todas las funciones de la boca así como también para algunas referentes al organismo en general.

Con respecto a esto, es bueno señalar algo poco conocido referido a la exquisita sensibilidad térmica en las proximidades de la apertura bucal que interviene en la regulación térmica del cuerpo.

Las sensaciones recogidas por la boca tienen un intenso significado afectivo, por lo que juegan un importante papel en la manifestación del estado general del individuo. "Además, la boca es una zona erógena y la fijación oral tiene gran importancia porque fija un estadio de la maduración sexual" [1]

La boca posee un gran número de receptores que le permiten realizar todas las funciones. El sistema nervioso central necesita, para regular dichas funciones, información precisa y rápida sobre los acontecimientos que se van sucediendo.

Sensibilidad de la boca

Para vivir, el ser humano está dotado de una valiosa sensibilidad que es imprescindible para reaccionar ante los estímulos que el medio ofrece.

La cavidad bucal y sus alrededores son algunas de las regiones más ricamente inervadas del organismo y en las que más variación existe en cuanto a sus receptores. Esto se debe a que son la entrada a una de las cavidades más importantes del organismo.

Su importancia puede constatarse si tomamos en cuenta que, en la vida intrauterina, la sensibilidad del organismo se inicia en la región naso-oral.

La boca posee una sensibilidad particular que es el sentido del gusto. Sin embargo, no están ausentes en ella sensaciones que también se manifiestan en otras regiones del cuerpo como la sensibilidad dolorosa a la presión, a la temperatura, así como también a la sensibilidad en la musculatura, que en la boca adquiere importancia debido a la cantidad y diversidad de músculos que interactúan en su compleja funcionalidad.

La sensibilidad de la boca ayuda a regular la entrada y salida de elementos relacionados con las funciones generales del organismo.

Sentido del gusto

Las sensaciones fundamentales del gusto son cuatro: dulce, agrio, salado y amargo. Sin embargo, en la vida diaria, el gusto de una sustancia no se percibe de forma pura. En tales conjuntos, además de la intervención del sentido del gusto, intervienen sensaciones provenientes de otros sentidos como el olfato, la temperatura la presión, el dolor, etc.

Topografía de las sensaciones del gusto

Las regiones de la boca no perciben los sabores de igual forma, existen determinadas localizaciones para ello.

Solo las papilas filiformes de la lengua no son sensibles a las sensaciones del gusto. En cambio, las fungiformes, las foliadas y las caliciformes perciben dichas sensaciones.

El sentido del gusto en el adulto está localizado en la parte anterior de la cara superior de la lengua, en sus bordes, en la base, en el paladar blando y en las adyacencias y superficie anterior del velo palatino. También son sensibles al estímulo gustativo la pared posterior de la faringe a la altura de la lengua, la epiglotis y aun las partes internas de la laringe.

La sensibilidad para los cuatro sabores está localizada en la lengua de manera distinta. La sensibilidad dulce se encuentra en la punta, el ácido en los bordes late-

1 Autores: Varela; Gómez García; Bonet Marca. archivos.secom.org/archivo/pdf. Título: Frenillo Lingual.

rales, el ácido se encuentra también en los bordes y además en la punta, el amargo tiene localización esencial en la base de la lengua.

Sensibilidad a la presión

La irritación mecánica de la cavidad bucal genera dos tipos de sensaciones. De acuerdo a la intensidad de dicha irritación, se puede percibir sensibilidad de contacto o de presión. Ante una irritación ligera, se origina sensibilidad de contacto, pero si es más fuerte y continuada sobreviene la sensación de presión.

Localización de la sensibilidad a la presión

Las zonas de mayor sensibilidad a la presión parecen ser las regiones anteriores de la boca: labios, punta de la lengua y paladar duro. Se puede determinar con precisión el tamaño, la forma y la superficie de un objeto, como por ejemplo una pastilla colocada en esas regiones; en cambio, cuando el objeto es situado en las regiones posteriores no sucede lo mismo ya que la sensibilidad es más imprecisa. Estas zonas son: la cara superior de la lengua hasta las papilas caliciformes y la cara inferior.

La sensibilidad de presión no puede percibirse detalladamente en determinadas zonas debido a que los receptores correspondientes son escasos y a veces inexistentes. Estas zonas son: la porción de la lengua ubicada detrás de las papilas caliciformes, las amígdalas palatinas, los pilares posteriores del velo, la pared posterior de la faringe y la úvula.

Apreciación volumétrica en la boca

Son variados los mecanismos por los cuales pueden reconocerse el volumen y el tamaño de un objeto en la boca. Es importante señalar que a cada receptor le corresponde un valor local muy preciso. Esto tiene gran importancia al momento de la palpación activa que realizan las superficies móviles y, además, en el sentido de potencia de la musculatura. La punta de la lengua supera a cualquier zona del cuerpo, incluso a la punta de los dedos, para diferenciar dos estímulos simultáneos. Esta diferenciación tan precisa desempeña un papel fundamental en el desempeño de las funciones de la boca.

Sensibilidad a la temperatura

Localización de la sensibilidad a la temperatura

Pudo determinarse que los puntos de frío y calor no están distribuidos de forma pareja. Los puntos que reaccionan al frío son menos abundantes en relación a los que reaccionan al calor.

En la cavidad bucal, la sensibilidad a la temperatura es menor que la de la piel, exceptuando la piel de los labios que se destaca sobre el resto del cuerpo. Las caras superior e inferior de la lengua poseen una sensibilidad más moderada, al igual que en el paladar, a la altura de los últimos molares. Las zonas como las encías, el suelo de la boca, la mucosa de las mejillas, la úvula y la faringe poseen una sensibilidad térmica muy escasa.

En cuanto al frío, la sensibilidad de la cavidad bucal es mucho mayor que la manifestada en la piel, y los labios son los más sensibles del cuerpo. Otras zonas sensibles al frío son: la cara superior de la punta de la lengua, el paladar duro y blando y la úvula.

Sensibilidad dolorosa

La sensibilidad dolorosa puede tener origen en cualquiera de los tejidos y puede significar un signo de alarma de lesiones externas e internas. Hay dos tipos de dolor: el dolor superficial intenso y el dolor profundo sordo. Diferentes estímulos como el mecánico, térmico, químico o eléctrico pueden provocar dolor. Como ejemplo, podemos decir que si se pinchara ligeramente la punta de la lengua se experimentaría un

dolor superficial intenso; en cambio, si se la comprimiera con los dedos el dolor que se experimentaría sería el dolor profundo sordo.

Localizaciones dolorosas

Se puede considerar que la mucosa bucal es mucho menos sensible al dolor que la piel. Las zonas mucosas más sensibles tienen la sensibilidad promedio de la piel.

Pero no sucede de esta manera con los dolores provenientes de estímulos térmicos ya que la mucosa de la boca es mucho más sensible para los estímulos provenientes del calor. El umbral para el dolor en la lengua es de 47ºC

Sensibilidad muscular

Se relaciona con el sentido de presión tratado anteriormente.

Esta relación se deriva del hecho de que la sensibilidad profunda exige la deformación mecánica.

Por intermedio de la sensibilidad muscular (que es especialmente somática), se perciben las posiciones del cuerpo en el espacio, en las posturas y en los movimientos activos y pasivos de sus partes aisladas. La sensibilidad originada en músculos, tendones, ligamentos y superficies articulares tiene mucha importancia para el análisis fino y para la coordinación precisa de los movimientos.

Anatomía de la lengua: generalidades

Situación: Está situada entre las arcadas gingivodentarias, debajo de la región palatina, encima del piso bucal de la región infrahioidea y del hueso hioides, sobre el cual se inserta, y por delante de la faringe.

Morfología Externa: Comprende 2 partes: - *Una parte fija*, la cual está situada en la parte posteroinferior del órgano, se encuentra unida al hueso hioides hacia abajo, a la mandíbula hacia adelante y a los pilares del velo del paladar hacia atrás. – *Una parte móvil*, que abarca el segmento anterior y superior del órgano. Tiene dos caras, dos bordes laterales, una punta y una base.

La cara superior, es de superficie rugosa y húmeda de color rosado y presenta un surco mediano. A ambos lados de éste, se implantan las hileras de papilas que crecen en importancia desde adelante hacia atrás, son filiformes adelante y se vuelven fungiformes hacia atrás. En la unión de los dos tercios anteriores con el tercio posterior se transforman en caliciformes y forman en la cara dorsal de la lengua un ángulo que se denomina V lingual o surco terminal. Éste señala la unión entre los dos esbozos linguales primitivos y delimita la parte móvil de la lengua, en un sector bucal situado por delante del surco terminal y otro sector faríngeo por detrás de él. El foramen caecum es un vestigio del tracto tirogloso ubicado un poco por detrás de la V lingual.

La cara inferior, está revestida de una mucosa delgada y lisa. En relación con el suelo bucal, la lengua presenta otro surco medio que se prolonga hacia atrás por medio de un repliegue mucoso denominado frenillo de la lengua que se incurva hacia adelante y hacia abajo para continuarse con la parte media del piso. Lateralmente, por debajo de la mucosa, los músculos genioglosos hacen saliencia y las venas raninas suelen ser muy visibles.

Los bordes laterales: son redondeados y romos, se engrosan de adelante hacia atrás y corresponden a las arcadas dentarias.

La base de la lengua: es enteramente faríngea, continúa la cara superior hacia atrás de la V lingual. Su mucosa es irregular y elevada por la presencia de numerosos folículos linfáticos que en su conjunto forman la *amígdala lingual*.

Constitución Anatómica de la Lengua

En ella debemos considerar tres partes:

1- Un armazón osteo-fibroso o esqueleto de la lengua.

2- Músculos de la lengua.

3- Un revestimiento mucoso: la mucosa lingual.

1) Armazón osteo-fibroso de la lengua

Está formado por el hueso hioides, impar y mediano y por dos membranas fibrosas, la membrana hioglosa y el septum lingual.

Hueso Hioides: se halla situado en la concavidad del arco de la mandíbula a la altura de la cuarta vértebra cervical. Tiene forma de herradura con concavidad posterior. Está formado por un cuerpo anterior que se prolonga en sus extremos posteriores por dos apófisis: las astas mayores. De la base de éstas, nacen las astas menores.

Membrana Hioglosa: es una lámina fibrosa, vertical y dispuesta en un plano frontal. Su altura es de aproximadamente un centímetro y se inserta hacia abajo en el borde superior del cuerpo del hueso hioides entre las astas menores. Progresivamente se pierde hacia arriba en el espesor de las masas musculares de la lengua.

Septum Lingual: Es una lámina fibrosa de dirección sagital cuya base se implanta hacia atrás, en la mitad de la cara anterior de la membrana hioglosa y luego se ubica en el espesor de la lengua para terminar en el novel de la punta de ésta.

Alrededor de este esqueleto fibroso es donde se van a disponer los músculos de la lengua.

2) Músculos de la lengua

En conjunto posee 17 músculos.

· Músculos Extrínsecos:

- Nacen en huesos vecinos:

- Genioglosos (2)
- Estiloglosos (2)
- Hioglosos (2)

- Nacen en órganos vecinos:

- Palatogloso (2)
- Faringogloso (2)
- Amigdalogloso (2)

- Nacen a la vez en huesos y órganos vecinos:

- Lingual Superior (1)
- Lingual Inferior (2)

· Músculo Intrínseco:

- Transverso (2

• Músculos Extrínsecos:

- Nacen en huesos vecinos:

Geniogloso: es el más voluminoso, tiene forma de un ancho triángulo cuyo vértice está detrás de la sínfisis mentoniana y cuya base corresponde a la cara dorsal de la lengua en toda su extensión.

Inserciones: en las apófisis geni superiores, por un corto tendón y luego se dirige hacia arriba y atrás como un ancho abanico. En consecuencia, las fibras siguen diversas direcciones:

a) Las inferiores o posteriores, oblicuas hacia abajo y atrás, van al hioides y se fijan en su parte superior.
b) Las superiores o anteriores se dirigen hacia arriba y adelante y describen una curva de concavidad anterior y terminan en la punta de la lengua.
c) Las medias, que son las más numerosas, irradian hacia la cara dorsal y terminan en la cara profunda de la mucosa desde la membrana hioglosa hasta la punta. Algunas se entrecruzan por debajo del septum con las del lado opuesto.

Acción: por sus haces inferiores dirigen hacia arriba y adelante el hioides y a la lengua misma. Las fibras medias actúan directamente sobre la lengua, la tiran hacia adelante y la proyectan fuera de la boca. Las fibras superiores, por el contrario, dirigen la punta hacia abajo y atrás.

Cuando todos los hacecillos del músculo se contraen, la lengua se apelotona sobre sí misma aplicándose fuertemente contra el suelo de la boca y la cara posterior del maxilar inferior.

Estilogloso: es largo y delgado y va desde la apófisis estiloides a las partes laterales de la lengua.

Inserciones:

a) Por arriba, cerca de la apófisis estiloides, cerca de la punta.
b) En la parte más alta del ligamento estilo-maxilar. Desde este sitio se dirige hacia abajo y adelante ensanchándose y doblándose ligeramente sobre sí mismo de manera tal que su cara anterior tiende a hacerse externa. Llega a los lados de la lengua y justo detrás del pilar anterior del velo, se divide en tres grupos de hacesillos: inferiores, medios y superiores. Los hacecillos inferiores se introducen hacia abajo y adelante entre las porciones del hiogloso y se continúan por debajo de este músculo con los haces del lingual inferior y parte del geniogloso. Los medios costean el borde y describen una curva de concavidad interna hasta llegar a la punta. Los superiores se inclinan hacia adentro y se dirigen horizontalmente al septum donde terminan.

Acción: dirigen la lengua hacia arriba y atrás .Tienden a aplicarla fuertemente contra el velo del paladar.

Hiogloso: es delgado, aplanado y cuadrilátero, situado en la parte lateral e inferior de la boca.

Inserciones:

a) Por debajo en el borde superior del cuerpo del hioides, cerca del asta mayor.
b) En la parte externa del asta mayor, la porción que arranca del asta mayor se denomina cerato-gloso y la que corresponde al cuerpo se denomina basio-gloso. Estas dos porciones están separadas en su parte inferior por un intersticio célulo-grasoso a través del cual se ve la arteria lingual. Arriba se hallan claramente separados por los hacecillos inferiores del estilogloso, los que están al principio en la cara superficial del cerato-gloso para meterse después por debajo del basio-gloso. A partir del hioides se dirige hacia arriba y un poco adelante hasta la parte interna de la porción media del estilogloso, donde cambia bruscamente de dirección y se inclina hacia adentro y adelante. De verticales que eran sus fibras se convierten en horizontales. Se mezclan con los haces del estilogloso y terminan como ellos en septum desde la base hasta la punta.

Acción: son los depresores de la lengua, la comprimen transversalmente y la aproximan al hioides.

- **Nacen en los órganos vecinos:**

Palatogloso: el palatogloso o glosoestafilino está situado en el espesor del pilar anterior del velo (es su porción central o "esqueleto").

IInserciones: por arriba en la cara inferior del velo, desciende hacia la base de la lengua y describe una curva de concavidad hacia adelante y arriba. Se desparrama en el borde correspondiente de la lengua y confunde sus fibras con las del faringo-gloso y la porción media del estilogloso (superficial en relación con la mucosa).

Acción: dirige la lengua hacia arriba y atrás.

Faringogloso: se da este nombre a un grupo de fibras que el constrictor superior de la faringe envía a los lados de la lengua.

Los hacecillos se dividen en Superiores e Inferiores.

- Los superiores costean el borde correspondiente de la lengua y se confunden con los del palatogloso y con los hacesillos medios del estilogloso y llevan todos la misma dirección.

- Los inferiores, que van hacia abajo y adelante, se introducen por debajo del hiogloso y se continúan allí en parte con las fibras del geniogloso y en parte con las del lingual inferior.

Acción: lleva la lengua hacia arriba y atrás.

Amigdalogloso: es pequeño, aplanado y delgado y va desde la amígdala a la lengua.

Inserciones: se origina en la porción de la aponeurosis faríngea, que rodea a la amígdala y se dirige verticalmente hacia abajo, entre el faringogloso y la mucosa, hasta la base de la lengua, cambia allí de dirección y se hace transversal, llega hasta la línea media y termina entrecruzándose con el del lado opuesto.

Acción: unidos entre sí, los amigdaloglosos forman una especie de cincha que está en relación con las amígdalas y con la base de la lengua y por lo tanto dirige hacia arriba la base de la lengua y tiende a aplicarla contra el velo del paladar.

- Nacen a la vez en huesos y órganos vecinos:

Lingual Superior: es impar y medio, sus fibras longitudinales y paralelas se ex-tienden por debajo de la mucosa desde la base a la punta.

Inserciones: en su origen posterior se divide en tres porciones: una media y dos laterales.

- La porción media se inserta en el repliegue gloso-epiglótico, que es un replie-gue fibromucoso que une la línea media de la epiglotis con la base de la lengua.

- Las porciones laterales nacen de las astas menores del hioides, desde allí se diri-gen hacia arriba y adelante y se ensanchan, se van acercando y se confunden en una sola y única capa muscular que ocupa la parte media de la lengua hasta la punta.

Este músculo está en relación con la mucosa a la que se adhiere (músculo cutáneo de la lengua). Lateralmente se confunde con las fibras del palatogloso, fringogloso y estilogloso, de modo que la cara superior de la lengua y los bordes laterales forman como un conducto muscular indiviso de concavidad inferior.

Acción: levanta la punta de la lengua y al propio tiempo la dirige hacia atrás. Es el elevador y retractor de la punta.

Lingual Inferior: ocupa la cara inferior de la lengua, está situado por debajo del esti-logloso, entre el geniogloso que está por dentro y el hiogloso que se halla por fuera.

Inserciones: se origina en las astas menores del hueso hioides y recibe hacecillos

de refuerzo del faringogloso y de la porción inferior del estilogloso. Se dirigen todos hacia adelante en una dirección ligeramente ascendente y terminan en la cara profunda de la mucosa que reviste la punta de la lengua.

Acción: acorta la lengua en su diámetro antero-posterior y atrae la punta hacia abajo y atrás. Es depresor y retractor de la punta de la lengua.

• Músculo Intrínseco:

Transverso: llamado así por su dirección. Está formado por un conjunto de hacecillos que se dirigen transversalmente desde la línea media hasta los bordes de la lengua.

Inserciones: por dentro, en las dos caras del septum lingual y hacia afuera termina en la mucosa de los bordes.

Acción: las fibras del lado derecho e izquierdo se contraen simultáneamente y aproximan los bordes a la línea media y disminuyen el diámetro transversal. La lengua se pone redonda y afilada y proyecta la punta fuera de la boca.

Resumiendo:

Todas las fibras musculares de la lengua pueden dividirse por su dirección en:

1- Longitudinales

2- Verticales.

3- Transversales.

2) Mucosa de la lengua

Presenta una configuración diferente de acuerdo con el sector que se considere.A nivel de la cara superior, es espesa y se adhiere sólidamente a los músculos subyacentes.

A nivel de la base, se adelgaza y está separada del plano muscular por una capa celular.

A nivel de la cara inferior, es fácilmente desplegable, se vuelve muy delgada y transparente en ciertos sectores.

La mucosa lingual se caracteriza fundamentalmente por la presencia de las papilas gustativas que poseen diferente morfología según el lugar que se considere. Además, contiene en su espesor las glándulas linguales de tipo salivar (glándulas de Blandin o de Nühn).

Vascularización de la lengua

La lengua es un órgano muscular muy móvil y está ricamente vascularizado.

- Arterias: los vasos están representados por la arteria lingual, asegura la mayor parte de la irrigación de la lengua, penetra en ésta a cada lado por dentro del músculo hiogloso, corre entre las venas linguales profundas entre el mencionado músculo hiogloso y el nervio hipogloso por fuera y el constrictor medio por dentro, cruza luego al músculo lingual inferior, sigue la cara superior del geniogloso y se divide en el piso de la boca. Cada una da una arteria dorsal (parte posterior), una arteria ranina y una arteria sublingual (parte anterior).

La *arteria sublingual* irriga la glándula del mismo nombre y suministra una rama para el frenillo lingual.

La *arteria ranina* se introduce en el interior de la lengua y corre sinusuosamente debajo de la mucosa hacia la punta e irriga de este modo toda la parte móvil de la lengua. En el curso de su recorrido suministra una colateral importante, la dorsal de la lengua, que se introduce en la parte posterior de la lengua a la que irriga, así como al pilar anterior del velo y a la epiglotis.

La *arteria palatina ascendente* es una colateral de la arteria facial, que a su vez es rama de la carótida externa, irriga a su paso la parte lateral de la base de la lengua.

La arteria *faríngea ascendente* es rama de la carótida interna, irriga la pared faríngea y en su trayecto suministra ramas accesorias para la base de la lengua.

- Venas: se originan de la red submucosa y se reúnen en una corriente superficial, fuera del hiogloso, y en una corriente profunda, dentro de este músculo, que acompaña a la arteria lingual.

Las dos corrientes se reúnen en el tronco tirolinguofacial, tributario de la vena yugular interna.

Poseen una disposición diferente de la red arterial. Se reparten en tres grupos a cada lado.

Venas linguales profundas, son satélites de la arteria lingual y alcanzan poco volumen.

Venas raninas, satélites de la arteria ranina y, luego del hipogloso, corren por la cara externa del hiogloso. En su recorrido reciben las venas dorsales. A nivel del borde posterior del hiogloso, se reúnen con las venas profundas para formar el tronco que vuelca en el tronco venoso tirolinguofacial mencionado precedentemente.

Venas dorsales, se encuentran debajo de la mucosa de la cara superior y reciben a las venas raninas.

Inervación de la lengua

La inervación de la lengua es compleja. Es motora, sensitiva y sensorial gustativa a la vez y está asegurada por cinco nervios: el lingual, ramo del trigémino (V nervio craneal), el hipogloso mayor (XII nervio craneal), el facial (VI nervio craneal) y el laringeo externo, ramo del vago (X nervio craneal).

Lingual: ramo terminal del maxilar inferior a su vez rama del trigémino (V n.c.), nace inmediatamente por debajo de la base del cráneo. En la lengua, inerva la mucosa situada por delante de la V lingual, en su trayecto sobre la cara interna del músculo hiogloso, recibe una anastomosis del hipogloso y en el espacio pterigomaxilar una colateral aparentemente proveniente del facial: la cuerda del tímpano, que constituye la verdadera raíz sensorial del lingual desde el punto de vista fisiológico.

Glosofaríngeo(IX n.c.): es un nervio mixto que nace en el surco colateral del bulbo. Llega a la región lingual y sigue la cara interna del estilogloso y penetra también en la base de la lengua, donde termina. Inerva la mucosa de la parte superior de la base de la lengua y de la cara superior situada por detrás de la V lingual.

En su trayecto a la salida de la base del cráneo, envía una anastomosis al facial, *el ansa de Haller*, de donde nacen los ramos destinados al estilohioideo y al palatogloso.

Facial (VII n.c.): participa aparentemente de la inervación de la lengua por dos ramas: la cuerda del tímpano, que en la región pterigoidea se anastomosa con el lingual. Ésta representa una rama del intermediario de Wrisberg. La otra es la *rama lingual del facial*, destinada a la inervación del estilogloso y del palatogloso. Esta rama es inconstante. Cuando falta, es reemplazada por los filetes nacidos del ansa de Haller.

Laringeo Externo: rama del laringeo superior, que a su vez lo es del neumogástrico. Es un nervio puramente sensitivo y asegura la inervación de la parte más posterior e inferior de la base de la lengua a nivel de los repliegues glosoepiglóticos.

La inervación lingual se puede esquematizar de la siguiente manera:

• Inervación motora: está asegurada por el *nervio hipogloso*, el facial inerva sólo de modo accesorio al palatogloso y al estilogloso.

• Inervación sensitiva general; está asegurada por:

- el *nervio laríngeo externo* para la parte más baja de la lengua.
- el *glosofaríngeo* para la cara superior de la lengua situada por detrás de la V lingual.
- el *lingual*, rama del trigémino, para la parte de la lengua situada por delante de la V lingual.

• Inervación sensorial, está asegurada por:

- el *glosofaríngeo* para la parte de la lengua situada por detrás de la V lingual y para sus papilas caliciformes.

- Aparentemente, por el lingual para la parte anterior de la lengua. Pero, en realidad el lingual solo se asocia al trayecto de fibras sensoriales que no le pertenecen. Estas fibras proceden de la *cuerda del tímpano* y siguen el trayecto del facial por un corto trecho para alcanzar el ganglio geniculado en el acueducto de Falopio e incorporarse al intermediario de Wrisberg (VII bis) al que realmente pertenecen. Desde el punto de viste fisiológico, el intermediario de Wrisberg es un grupo de fibras descaminadas del glosofaríngeo que, en vez de pasar por el agujero rasgado posterior, siguen por el conducto auditivo interno, el acueducto de Falopio y la caja del tímpano. De manera que se puede consentir que *toda la información sensorial de la lengua está a cargo del glosofaríngeo.*

Frenillo lingual: generalidades

"El frenillo lingual (frenulum linguae) se define como un pliegue vertical de mucosa que surge en la línea media, situado en la superficie ventral de la lengua, que une la parte libre de ésta al suelo de la boca.

A veces puede observarse un frenillo lingual anormalmente corto, que dificulta los movimientos de la lengua e impide que ésta se proyecte hacia fuera de la boca o haga contacto con el paladar duro y con la superficie lingual de los dientes entero-superiores. Esto es lo que se denomina "frenillo corto" o "anquiloglosia", que se define como la presencia de un frenillo lingual corto que se extiende desde la punta de la lengua hacia el suelo de la boca, limita los movimientos de la lengua y ocasiona trastornos en el lenguaje.

En los niños con frenillo corto, generalmente esta banda de tejido se encuentra muy cerca de la punta de lengua, lo cual deja muy poco movimiento libre, aunque también se presenta como frenillo demasiado corto o inflexible.

Alguno de los frenillos son mucosas delgadas, mientras que otros son adherencias gruesas y fibrosas"[1].

Algunos conceptos sobre la articulación de los sonidos del habla

Codificación fonológica en el marco del procesamiento del habla [3]

El modelo formulado para explicar los mecanismos en el sistema adulto distingue tres grandes niveles de procesamiento:

• Conceptualizador
• Formulador
• Articulador

Ellos están encargados de distintos procesos: desde la "preparación del mensaje preverbal" (selección de información relevante, creación de una estructura argumental y adaptación de los aspectos pragmáticos) hasta su "ejecución articulatoria final" (selección y puesta en marcha de las correspondientes órdenes motoras),

[1] Autores: Varela; Gómez García; Bonet Marca. archivos.secom.org/archivo/pdf. Título: Frenillo Lingual.

[3] Bosch Galceran, Laura. Evaluación Fonológica del Habla Infantil, (2005).

pasando por la formulación lingüística propiamente dicha (gramatical y fonológica) en el "nivel formulador".

Estructura de la unidad silábica[4]

De acuerdo con las propiedades estructurales universales de la unidad silábica, ésta se compone de un *ataque* (opcional) y una *rima*, que a su vez está formada por un *núcleo* y una *coda* (también opcional).

- Elementos de la estructura silábica:

Ataque		/m/	(consonante)
	Núcleo	/a/	(vocal)
Rima {			
	Coda	/r/	(consonante)

Producción Léxica[5]

Cada lengua tiene restricciones en cuanto a los sonidos que pueden ocupar distintas posiciones dentro de la sílaba y en cuanto al número de elementos que pueden asignarse a cada uno de los componentes silábicos.

Leguas como la inglesa, por ejemplo, aceptan ataques complejos, incluso de tres segmentos consonánticos y codas, también complejas, que pueden llegar a estar formadas por cuatro consonantes consecutivas. Otras lenguas como el castellano son mucho más restrictivas, con un neto predominio de la estructura silábica CV (56%), seguida por CVC (20%), CCV (10%) y VC (3%)[6].

Exceptuando [r], el resto de consonantes pueden ocupar la posición de ataque silábico, pero las combinaciones posibles de dos consonantes en esta posición son restringidas (solo se observan las siguientes combinaciones: oclusivas seguidas de [l] o[r], exceptuando [t] y [d], que solo combinan con [r], y la fricativa [f], también seguida de una líquida). En la posición codal simple en el interior de la palabra también podemos encontrar oclusivas sordas y sonoras, fricativas, líquidas y nasales, pero en la posición final de la palabra solo son posibles [n], [s], [θ], [l], [r], junto a [d] que se neutraliza, y [x], que tiene una frecuencia muy baja.

Breve reseña sobre el Piercing

Históricamente, las perforaciones corporales han existido en numerosas culturas como un rito de paso, como componente religioso, tribal, sexual, o como norma de casta.

El body piercing (perforación corporal) es una práctica que se emplea desde hace unos 60.000 años. Muchas etnias se reconocían por collares u otras ornamentaciones. De esta forma, se diferenciaban de grupos dentro de una misma población: los cazadores, la mujer del jefe de la tribu, los brujos, los guerreros, etc. En ocasiones, era un símbolo de virilidad, coraje y realeza, mientras que en otras tenían un sentido puramente estético.

En el antiguo Egipto, un pendiente en el ombligo significaba formar parte de la realeza. En la época romana, los centuriones llevaban piercings en el pezón como símbolo de virilidad y coraje. En los templos mayas y aztecas, los sacerdotes se colocaban un piercing en la lengua como signo de comunicación con los dioses. Los esquimales y los Aleuts colocaban piercings en el labio inferior de las niñas recién nacidas como parte de un ritual de purificación y en los varones adolescentes como ritual de tránsito hacia la pubertad.

En Norteamérica también formaba parte de la tradición de la cultura Sioux. Sin

4 Ídem. Anterior.
5 Ídem. Anterior.
6 Blecua y Alcina (1975) cit in Bosch Galceran, 2005.

embargo, estas prácticas fueron cayendo en desuso con las influencias del cristianismo Europeo y Americano.

Los materiales empleados podían ser piedras, huesos o marfil.

En algunas culturas, en la actualidad, estas modificaciones son mutilaciones, acentuación de ciertos rasgos como nariz, boca, labios y orejas. Podemos citar ejemplos:

en Etiopía, muchas de las tribus (masai, mursi, bume, samai, konso, arbore, hamer) comparten ancestrales costumbres, como por ejemplo su gusto por el embellecimiento corporal que les lleva a colocarse profusión de brazaletes, collares; también a pintar su cuerpo con cal y numerosos pigmentos minerales, a impregnar sus cabellos con arcillas y grasas animales y a perforar y agrandar labios, orejas y narices para colocar toda clase de adornos imaginables.

En las tribus dayaks y kenyak de Borneo (isla ubicada entre Indonesia, Malasia y Brunei) los hombres suelen llevar colmillos de animales en el borde superior de la oreja, además de pendientes y trozos de madera en los lóbulos. Para ellos, colocar dientes de caimán es símbolo de ferocidad. Los esquimales del oeste del río Mackenzie se hacen una abertura en cada mejilla y la ensanchan gradualmente hasta poder colocar en ella un adorno de piedra semejante a un botón.

En Oceanía, los guerreros jale de Nueva Guinea se decoran a menudo con amuletos de madera y cuero, además de un trozo de madera que llega a medir hasta 30 cm. de largo que les traspasa horizontalmente la nariz. Los tifalmins usan colmillos de jabalí y plumas de cacatúa en el septum, lo cual provoca una ornamentación vistosa. Los huesos de jabalí son muy poderosos, son símbolo de vida tanto en el ámbito espiritual como en el mundo real.

En la India, los apa-Tanis de cualquier clase social lucen desde su infancia los característicos discos nasales de madera oscura; cuando alcanzan la pubertad, los jóvenes de ambos sexos se practican un tatuaje en la barbilla, decoración que se amplía en las muchachas con el trazado de líneas finas sobre la frente. En América Latina, en la Suya de Brasil, los hombres casados que se quedan viudos colocan discos de madera pintados. Otras tribus colocan ganchos en labios superiores o inferiores.

Adolescente esquimal

Tribu Ata Apa (India)

Mujeres mursi en Etiopía

Tribu Masai (Kenia)

Mujer de la Tribu dayak (Borneo)

Hombre de tribu de tierras altas (Papúa-Nueva Guinea)

Piercing: generalidades

¿Qué es un Piercing?

Es una técnica más del llamado Body Art, en el que se incluyen los tatuajes y escarificaciones.

Dentro de la técnica del Body Art, se realiza una perforación en la que se coloca algún tipo de adorno de un material especial.

En la cultura occidental, este tipo de práctica está ligada a la estética, aunque un creciente grupo de personas

Foto: www.revistavisiondental.net

lo están adoptando (junto con otro tipo de modificaciones corporales) como un estilo de vida, llevando su significado mas allá de lo meramente fisco.

Tipos de Piercings

Se distinguen principalmente tres tipos de piercings:

1) **Labret:** es una barra limitada en un extremo por una esfera y en el otro por un cierre en forma de un disco plano y liso. Este tipo de piercing se coloca sobre todo en el labio inferior.

2) **Barbell:** es una barra limitada por dos esferas, una en cada extremo, una de ellas es el cierre. Las barras pueden ser rectas o curvas. Normalmente se colocan en la lengua. Inicialmente se coloca el tallo de mayor longitud y de menor diámetro (21 mm. de largo y de 1,6 mm. de espesor) y cada esfera tiene un diámetro de 6 mm. A las dos semanas –aproximadamente- se reemplaza por otros con el tallo más corto (de hasta 10 mm. de largo y se pueden colocar esferas de hasta 12 mm. de espesor).

3) **Anillos:** Normalmente se colocan en los labios y, menos a menudo, en zonas laterales de la lengua.

La variedad de modelos de cada uno de estos tipos de piercing es inmensa, desde la forma y colores hasta los materiales, entre los que se encuentra el plástico, como una de las opciones más elegidas en las perforaciones de lengua. Las figuras que se encuentran a continuación constituyen ejemplos de ello.

Es importante destacar que la colocación de un piercing de gran tamaño, como lo es aquel de 12 mm. de espesor, puede ocasionar, en un corto período de tiempo, daños enormes en las piezas dentarias como la pérdida de los molares y también grandes alteraciones a nivel de la funcionalidad lingual en todos los aspectos (articulación, deglución, masticación). Los piercings cuyas esferas toman formas con "puntas" rápidamente causan alteraciones gingivales y mucosas. Las figuras que se muestran a continuación ilustran un piercing de 12 mm. Obsérvese el gran tamaño de las esferas.

Procedimiento de colocación

La colocación de un piercing es un procedimiento que consiste en perforar de manera rápida, con un catéter cilíndrico y cortante o con una aguja, la zona del cuerpo elegida que llevará la joya.

Según el área anatómica, la cicatrización puede llevar varios meses. La lengua es la zona más usual. Se pueden hacer dos tipos de perforaciones: dorsoventral o dorsolateral. En la zona dorsoventral, la perforación se realiza en esta dirección, normalmente es central y suelen colocarse barbells; en partes más laterales de la lengua y en la punta, se colocan sobre todo anillos. La lengua puede tener varias perforaciones en diferentes zonas. En las perforaciones centrales, respecto a las laterales, hay menor riesgo de sangrado si se evitan los vasos sanguíneos mayores.

El piercing lingual y sus implicaciones clínicas

"El piercing colocado en la boca, en la lengua y en los labios puede provocar dolor, edema post colocación y riesgo de sangrado prolongado, elevado riesgo de infección e incluso su bolita puede provocar alteraciones en la dentición del tipo de pequeñas fracturas o cracks en los dientes y puede provocar sensibilidad. También se han señalado consecuencias más serias como Angina de Ludwig. Alteración gingival, hinchazón del área mandibular, u otras, como falta de gusto, interferencias en el habla, la masticación y la deglución, así como la aspiración"[7]

Una encuesta realizada en los Estados Unidos entre portadores de piercings indicó que el 70% de ellos presentaba alguna complicación que derivaba del piercing oral. Dichas complicaciones pueden ocurrir durante el procedimiento de colocación o después de él. "La proporción de las diferentes complicaciones que pueden presentarse con el piercing oral es de magnitud variable y oscila entre el 70%"8. Aunque los estudios de esta materia son escasos, las complicaciones por la colocación de estas piezas son lo suficientemente frecuentes y conocidas como para que se cuestione su veracidad. La Asociación Dental Americana (ADA) se opone firmemente a la colocación de piercings en la región oral.

Una de las complicaciones de este tipo de procedimientos es que se llevan a cabo en la mayor parte de los casos por profesionales no cualificados sin conocimientos anatómicos suficientes y habitualmente sin anestesia, lo que fácilmente da lugar a las numerosas complicaciones.

A continuación se detallarán las alteraciones mencionadas en el primer párrafo, teniendo en cuenta el momento en que ellas ocurren[9].

Complicaciones durante la colocación del piercing

1) Dolor: ya que es un procedimiento realizado generalmente sin anestesia.

2) Hemorragia: debido a la gran vascularización de la lengua, por la presencia de la arteria y vena Lingual Profunda. Puede requerir intervención médica urgente.

3) Lesión Nerviosa: (nervio facial, hipogloso, glosofaríngeo y ramas maxilar y mandibular del trigémino). Esta complicación es más frecuente en el piercing lingual dorsolateral que en el dorsoventral.

4) Enfermedades transmisibles: (VIH; hepatitis b, c, d y g; tétanos; tuberculosis). El contagio de enfermedades de transmisión parenteral se debe a la mala práctica y al uso de material y equipos sin las debidas medidas de desinfección y esterilización.

Complicaciones inmediatas a la colocación de piercing

1) *Infamación local de la lengua:* una lengua inflamada puede afectar al habla, la deglución y la masticación. Los ganglios linfáticos submandibulares y submaxilares, pueden verse también aumentados de tamaño.

2) *Infección localizada:* las infecciones más frecuentes son producidas por Estafilococos Aureus Tipo A, Estreptococos y Pseudomonas.

3) *Traumatismo de la mucosa alveolar lingual*: la tendencia a jugar con la esfera del aro, frotando contra la encía lingual, produce erosiones y heridas en la mucosa, tanto maxilar como mandibular.

4) *Bacteriemia*: por difusión de una infección localizada que tiene como síntomas y signos el aumento de la temperatura corporal, escalofríos y temblores, ma-

7 Boj J. R., Catala M., García Ballesta C., Mendoza A. S/F. "Odontopediatría". S/L. Edición 2004. Editorial Masson.

8 Greif y cols, 1999. Cit in Marín Armas MA. Halitosis y piercings orales. Reunión anual de SEPA.

9 Piercings Orales. www.dentistascadiz.com/Piercings.pdf.

lestar general y requerirá tratamiento médico. Es muy importante tener en cuenta la realización de la profilaxis de endocarditis bacteriana subaguda en pacientes de riesgo. Se han descrito casos de shock hipovolémico.

5) *Angina de Ludwig*: en esta situación inflamatoria, se encuentra comprometido también el tejido celular subcutáneo, lo que da lugar a una celulitis difusa del suelo de la boca. La expansión es rápida e implica las regiones submandibular, submentoniana y sublingual. Los signos son: lengua inflamada dolorosa, dificultad para hablar y tragar, incluso compromiso de la vía aérea. Esta evolución de la infección por el grave compromiso de la respiración por obstrucción de la vía aérea requiere atención médica inmediata.

Complicaciones tardías

1) *Hiperplasia tisular:* es posible el crecimiento de los tejidos circundantes acompañados de dolor y edema, debido a la repetida irritación de la mucosa.

2) *Cracks de esmalte y fractura de piezas dentarias*: las fracturas y cracks son el resultado del hábito oral de "mordisquear" la esfera del aro, morderla accidentalmente al masticar o también durante la colocación del piercing si no se hace de forma cuidadosa. Se produce principalmente con aquellos pendientes linguales en los que tanto la esfera dorsal como ventral chocan con los dientes de ambas arcadas. Los síntomas que se presentan son sensibilidad a los alimentos azucarados y dolor durante la presión.

- La figura que se encuentra a continuación muestra cómo el hábito del "mordisqueo" daña los molares inferiores. Es importante recalcar la importancia que tiene una pieza dental, y su consecuente pérdida, ya que este hecho podría traer alteraciones a nivel de la articulación Temporomandibular. Cuando una pieza dentaria se pierde o está dañada, el acto masticatorio sufre modificaciones funcionales (tiende a realizarse "de un solo lado"). Esto ocasiona una modificación en la oclusión y como consecuencia habrá una transformación de la Articulación Temporomandibular.

3) *Recesión gingival*: todos los tipos de piercing pueden originar recesiones gingivales de leves a moderadas o incluso graves en la superficie gingival que se encuentra en constante roce con el metal. La recesión puede incluso llegar a la unión mucogingival.

4) *Aspiración o ingestión*: en general la esfera de los piercings podría ser aspirada o ingerida tanto o durante la colocación al caerse en la garganta del paciente accidentalmente o en cualquier momento posterior, si se desenroscara.

Fotos: www.revistavisióndental.net

5) *Hipersensibilidad o alergias*: aunque actualmente se utiliza el titanio, por su excelente biocompatibilidad, en ocasiones, por el roce continuo, la piel y la mucosa se vuelven sensibles a determinados materiales metálicos presentes en el piercing como el níquel, vanadio y cobre.

6) *Aumento del flujo o incontinencia salival*: como consecuencia de la presencia de un cuerpo extraño en la boca.

7) *Formación de cálculo en las superficies metálicas*: por el mismo mecanismo que ocurre en los dientes.

8) *Halitosis y tinciones*: por dificultad en la higiene oral o la degradación de pigmentos.

9) *Reacciones adversas* a los medicamentos usados para los cuidados posteriores, cuando son recetados sin conocimientos de su farmacocinética y sin historial

previo correcto del paciente.

10) Se especula con la posibilidad de la existencia de *corrientes galvánicas* debido al acero inoxidable del piercing y a otros metales de restauraciones presentes en la boca, lo que podría conllevar a una patología pulpar irreversible.

11) *Alteraciones de la fonación, deglución y masticación:* El piercing puede obstaculizar el habla al interferir los movimientos normales de la boca y provocar defectos en la pronunciación. También la masticación y la deglución pueden estar comprometidas debido a la interposición del objeto.

12) *Cicatrices queloides o hipertróficas:* La perforación de los tejidos blandos puede cicatrizar de forma hiperplásica. Un factor que puede contribuir a las lesiones hiperplásicas es el movimiento continuado del piercing en el tejido sobre el que se inserta .La herida causada por la colocación del piercing puede evolucionar -tras varios meses- con el recubrimiento epitelial del mismo, lo que supone una complicación en el momento en que se desea retirarlo.

Conclusión

En el presente trabajo se ha pretendido describir la relación existente entre la alteración de los sonidos del habla y el piercing de lengua. Para ello se realizó una *Evaluación Clínica* por medio de la observación, que permitió conocer las características anatómicas de la lengua y el frenillo, una *Evaluación Funcional*, por medio de la cual se evaluó la función de la lengua y los movimientos compensatorios y finalmente una Evaluación Fonológica, por medio de la cual se evaluó la articulación y se detectaron los errores en la producción de los sonidos de la lengua de las personas con piercing lingual seleccionadas para este estudio.

En cuanto a la relación entre la presencia del piercing lingual y las alteraciones de los sonidos del habla, hemos podido determinar que todos los individuos estudiados, en mayor o menor medida, tuvieron dificultades en la producción de alguno de los sonidos. *El resultado de estas dificultades es una "Imprecisión Articulatoria"*, en la que el habla se caracteriza por ser "enredada", es decir, los sonidos consonánticos en su mayoría carecen de claridad y precisión. Esto se debe a que la articulación de los sonidos se está realizando en un punto intermedio debido a la presencia de un cuerpo extraño que interfiere en el normal movimiento de la lengua al hablar. Es probable que la articulación se realice cerca del punto de articulación correspondiente para la consonante, o también podría ser que la articulación se realice en el punto correcto, pero la lengua no tiene la suficiente fuerza o adosamiento necesarios para la producción de un sonido claro. El efecto sonoro resultante es la pronunciación poco clara e "imprecisa" de uno o varios fonemas. En cuanto al motivo de colocación de piercing, las respuestas fueron muy variadas y predominaron los motivos denominados: "impulso o deseo momentáneo", que fue respuesta de la mayoría de los individuos ubicados en una franja que va desde los 13 a 16 años, mientras que el motivo: "para experimentar sensaciones diferentes en el propio cuerpo" fue la respuesta dada por la mayoría de individuos ubicados en la franja que se encontraba a partir de los 18 años en adelante.

En cuanto a los aspectos anatómicos de la lengua, pudo observarse una gran variedad de formas, tamaños, texturas y colores.

La forma más predominante fue la "oval", seguida por la "cuadrangular", luego la "triangular" y por último, con un pequeño número, la lengua con "indentaciones".

El tamaño de lengua más predominante fue el tamaño "aceptable", mientras que el tamaño "aumentado"" y "disminuido" presentó un número idéntico de casos, pero notablemente menor.

En cuanto a la textura de la lengua, la más predominante fue la "lengua saburral", mientras que las texturas "geográfica" y "agrietada" aparecieron en un porcentaje menor.

La "coloración rosada" de la lengua se observó en un gran número de casos, mientras que el "color rojo" apareció en un número notablemente menor de individuos.

En cuanto a los aspectos anatómicos del frenillo lingual, pudo observarse entre los individuos estudiados que la "forma en medialuna" y la "forma triangular" se encontraron en la mayoría de los casos. Sin embargo, en un importante porcentaje de individuos, no pudo observarse forma e implantación del frenillo, debido a que les resultó imposible "adosar" la lengua al paladar, al mismo tiempo que se produce la apertura bucal, maniobra por la cual puede observarse el frenillo. Esta imposibilidad se debió a que la esfera del piercing, al encontrarse entre la superficie lingual y el paladar duro, dejaba escapar aire, por lo que no podía producirse el "vacío" entre las estructuras mencionadas necesario para el adosamiento de la lengua al paladar duro. Un pequeño porcentaje presentó ausencia de frenillo lingual.

La implantación del frenillo, al estar relacionada con su forma, presentó el mismo porcentaje de "implantación aceptable" que el porcentaje de forma en medialuna y el mismo porcentaje de "implantación media" que el porcentaje de forma triangular.

En cuanto a la consistencia del frenillo de los individuos estudiados, fue más predominante el frenillo "liviano" o traslúcido" mientras que la consistencia "fibrosa o compacta" presentó un porcentaje menor.

Es importante recalcar que los errores articulatorios de los individuos evaluados tampoco tienen una relación directa con la forma triangular e implantación media del frenillo lingual, ya que uno de los criterios de exclusión de esta investigación descartó a personas con antecedentes de cualquier dificultad en el habla y el lenguaje. Por lo tanto, estas personas presentaban una perfecta adaptación a la forma e implantación del frenillo antes mencionadas.

En la evaluación funcional, pudo observarse que la mayoría de los "actos motores básicos" de la lengua no presentaron dificultades en su realización, exceptuando uno de ellos: "llevar la lengua hacia arriba". En este acto, el movimiento fue posible con un alto porcentaje de movimientos compensatorios y en menor medida, con dificultades.

Otro acto motor que presentó algunas dificultades fue el de "mantener la lengua afinada en el aire", ya que muchos de los individuos evaluados pudieron sostenerla pero sin lograr afinarla.

La presencia de "temblor de la musculatura lingual" y de variados "movimientos compensatorios" pudo evidenciarse en un importante número de individuos. El movimiento compensatorio más utilizado para lograr alguno de los actos motores linguales fue el "ascenso del maxilar inferior", que se utilizó en un gran número de individuos para "llevar la lengua hacia arriba".

El sonido del impacto de la esfera del piercing contra las piezas dentales se presentó con mucha frecuencia durante la evaluación funcional.

En cuanto a las alteraciones de los sonidos del habla, pudo determinarse que todos los individuos estudiados presentaron alteraciones en la articulación de los sonidos. Sin embargo, el número de sonidos alterados en cada uno de los sujetos tuvo una amplia variabilidad, ya que el hecho de presentar errores no parece responder a la sola presencia del piercing o al tiempo que éste lleva colocado. Es decir, no hay una relación directa entre el tiempo de colocación del piercing y el número de alteraciones, sino que aparentemente, también dependen: el grado de habilidad individual al hablar y la adaptación al piercing que cada persona experimenta individualmente.

Los *fonemas consonánticos en posición inicial* que presentaron alteración son: [s], [tʃ], [x] y por último [r]. (en el 44%; 84%; 12% y 10% de los casos estudiados respectivamente).

Los *fonemas consonánticos en posición media*: [tʃ], [ŋ] presentaron un porcentaje muy alto de alteración (94% y 92% respectivamente). Con un porcentaje menor de alteración, encontramos a [r] y [s] (22% y 26% respectivamente).

Los *fonemas consonánticos en posición de coda silábica final* que sufrieron alteración son: [s] y [r], sin embargo el porcentaje de alteración no es significativo (24% y 4% respectivamente).

Los *fonemas consonánticos en posición de coda silábica en el interior de la palabra* que sufrieron alteración fueron: [.k] (en un pequeño porcentaje 6%), mientras que [n.tʃ] y [l.s] presentaron alteración en un gran porcentaje de los individuos evaluados (92% y 66% respectivamente). Sin embargo la alteración a la que se hace referencia en este último caso, no se encuentra en la consonante en posición de coda, sino en la consonante o grupo inicial de la siguiente sílaba, es decir, en [tʃ] y en [s].

Los *grupos consonánticos en posición inicial*, se encontraron poco afectados, ellos son: [fr] (6%), [tr] (6%), [kr] (12%) y [gl] (8%). En los tres primeros, el sonido alterado era [r]producido con poca claridad debido a la pérdida del rasgo vibrante, mientras que en el cuarto, el sonido alterado era [g], llegando prácticamente a la omisión.

Los *grupos consonánticos en posición media* [br] [dr], presentaron un bajo porcentaje de alteración (10% y 36% respectivamente), en ambos casos el sonido afectado era [r]. El grupo [gr], en cambio, presentó un alto porcentaje de alteración (58%), del cual, el sonido más afectado fue la oclusiva [g].

Bibliografía:

- Abramovich, Abraham. Año 1997 "Embriología de la región maxilofacial". S/L . Tercera edición. Editorial Médica Panamericana.
- Agur Anne M. R. – Año 1994. "Atlas de Anatomía".S/L. Novena Edición. S/E.
- Boj J. R., Catala M. , García Ballesta C. , Mendoza A. S/F. "Odontopediatría". S/L. Edición 2004. Editorial Masson.
- Bosch Galceran Laura. Año 2005. "Evaluación fonológica del habla infantil". Barcelona (España). Primera Edición 2004. Editorial Masson..
- Bouchet A. , Couilleret J. . Anatomía descriptiva, topográfica y funcional. S/L. Edición 1991. Editorial Panamericana.
- Debesa Fabián. Fecha: 16/09/05. Diario Clarín.
- Heller Diego. Fecha: 27//07/03. Título: Marca Registrada. Revista Viva.

• Jensen, Adolf Ellegard. Año 1966. Mito y culto entre pueblos primitivos. S/L. 1ª edición en español. Editorial Fondo de Cultura Económica. (1ª edición en alemán es del año 1960).

• Latarjet M., Ruiz Liard. Año1983. "Anatomía Humana". Argentina. Edición 1983. Editorial Panamericana.

• Lockhart R.D. – Hamilton G. F. – Fyfe F. W. Año 1965. "Anatomía humana".S/L. 1° Edición. Editorial Interamericana.

• Sahlins, Marshal David. Año: 1984. Las sociedades tribales. S/L. 3ª edición. Editorial Labor S. A.

• Testut L. y Latarjet A. Año 1972. "Anatomía humana". Barcelona. Tomo III. Editorial Salvat.

• Torres Ramón. 1973." Biología de la boca, estructura y función". S/L. Editorial Panamericana.

• Vallejos Soledad. Fecha: 18/02/00. Título: Perfórame otra vez. Revista las 12.

• Boggie Rodríguez Oscar Daniel. Disglosia lingual: alteraciones orgánicas. *www.espaciologopedico.com*. Fecha de consulta: 27/02/08.

• Cecilia Jiménez P. (Ms. Medicina Estomatológica Universidad Central d Venezuela UCV. Prof. Asociado de la Cátedra de Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología de UCV. Jefe del Departamento de Medicina Bucal). Pérez H. Celenia (Odontopediatría UVC. Prof. Titular de la Cátedra de Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología de UCV). Kilikan D. Ramón (Ms. Medicina Estomatológica UCV. Prof. Agregado de la Cátedra de Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología de UCV) Aviles Daymar, (Estudiante del 5to año de Odontología. Facultad de Odontología de UCV). Pérez Leonel (Estudiante del 4to año de Odontología. Facultad de Odontología de UCV). Algunas consideraciones acerca de los piercings orales. *www.ortodoncia.ws*. Fecha de consulta: 05/11/07.

• Con la identidad sobre el cuerpo *www.elsalvador.com*. Fecha de consulta 23/01/08.

• Consejo general de Odontólogos y Estomatólogos de España 06/10/06. Piercings Orales. *www.dentistacadiz.com/Piercings.pdf*. Fecha de consulta:27/01/08.

• Escudero Castaño N. (Odontóloga. Curso de experto en periodoncia). Bascones Martínez A. (Catedrático de Medicina Bucal y Periodoncia. Facultad de odontología. Universidad Complutense de Madrid). *scielo.isciii.es/cielo*. Fecha de consulta: 23/01/08.

• García Ochoa Mary Canto; Lugo Chávez Angélica; Paredes Morales Paola; Vázquez Navarro Reyna Elda; Villeda Rivera Verónica. "Ageusia en personas con piercing lingual". *www.odontologia.iztacala.unam.mx*. Fecha de consulta: 23/11/07.

• Habla y lenguaje en niños. *www.fonoaudiologos.cl*. Fecha de consulta 31/03/08.

• Ingrassia Tonelli, Maria Eugenia; Rivarola de Gutierrez, Emilce; Bongiovanni, Isabel. Docentes de la Cátedra de Patología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odonto-

logía. Universidad Nacional de Cuyo. Año 2006. Piercing oral. *www.facultaddeodontología.unc.edu.ar*. Fecha de consulta: 06/02/08.

• Lic. Valdez Analía. Rostros ocultos y body art 2007 en Campus Culiacán. *www.uvb.edu.mx*. Fecha de consulta: 06/02/08.

• Maresma Frómeta, Rafael; Rodríguez Gonzales, David; Mainegra Acebedo, Riecel; Navarrete Sandianis, Hensel. Artículo: Hallazgos Clínicos asociados con el piercing bucal y peribucal. Revista de los estudiantes de Ciencias Médicas de Cuba. *www.16deabril.sld.cu*. Fecha de consulta: 2/12/07.

• Nueva Carne y Psicología. *www.uned.es/psico*. Fecha de consulta: 27/01/08.

• Odontoestomatología: El piercing en la lengua tiene riesgo incluso para la vida. Fecha: 09/10/06. *www.diariosalud.net*. Fecha de consulta: 28/01/08.

• Pola Rafael. *www.elmundo.es/suplementos/magazine/2006*. Fecha de consulta: 26/01/08.

• Ramirez Varela Sergio; Gómez García Elena; Bonet Marca Jaime. *archivos.secom.org/archivo/pdf*. Título: Frenillo Lingual. Fecha de consulta: 14/03/08.

• Revista informativa oficial del Colegio de médicos y cirujanos de Costa Rica. Medicina Vida y Salud, volumen II Abril de 2007. *www.medicos.sa.cr* . Fecha de consulta: 26/01/08.

• Un informe británico advierte que el "piercing" en la boca puede causar infecciones, fracturas en los dientes y daños en el sistema nervioso. *www.consumer.es/salud*. Fecha de consulta: 21/01/08.

Entrevista Personal:

• Lic. Santos, María Elsa. Psicóloga Clínica de niños y adolescentes del Servicio de Salud Mental del Hospital de Niños Dr. Héctor Quintana. San Salvador de Jujuy. Entrevista realizada el día 22 de febrero del año 2008.

Trabajo Científico N° 3

EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA CON ESTUDIO DINÁMICO DE LA DEGLUCIÓN

María del C. Campos*
*Doctora en Fonoaudiología. UMSA.
Unidad de Internación de Fonoaudiología. HIGA Gral. San Martín – La Plata.

El Consejo Directivo de la Regional La Plata destaca la participación de la Dra. Campos por ser una de las principales impulsoras de esta Revista Científica.

Resumen:

El propósito de este trabajo es exponer las alteraciones de los eventos neuromusculares de la deglución causadas por diferentes patologías estructurales y no estructurales que son evidenciadas durante la evaluación dinámica de la deglución o videofluoroscopia de la deglución (VFD), así como, reconocer diferentes tipos de disfagia y las posibilidades de compensación de la disfunción durante la VFD. Se realizó un trabajo de investigación no experimental, transversal, descriptivo y retrospectivo, en el que se estudiaron 54 sujetos con distintos cuadros clínicos y alteración de la función deglutoria, 29 hombres y 25 mujeres, con una edad media de 53,5 (edad máxima 92 años, edad mínima 15 años). Se reconocieron cuatro tipos de disfagia con diferentes alteraciones neuromusculares que fueron descriptas y constituyeron las variables en estudio. El 79,54% de los sujetos con disfagia compensaron la disfunción durante el estudio de VFD iniciando progresivamente la alimentación por vía oral sin riesgos de comprometer la vía aérea. Los resultados del presente trabajo han mostrado el valor de la VFD para el diagnóstico y tratamiento de los distintos tipos de disfagia de diferente etiología.

Palabra clave: Disfagia, etiología, etiopatogenia, videofluoroscopia de la deglución.

Abstract:

The purpose of this work is to present the disorders of the neuromuscular events of swallowing caused by different structural and nonstructural pathologies that become evident during the dynamic evaluation of swallowing or videofluoroscopy of swallowing (VFD), as well as, to recognize the different types of dysphagia and the possibility of compensating the dysfunction during the VFD analysis. Non-experimental, transversal, descriptive and retrospective research was performed, in which 54 subjects with different clinical history and swallowing disorders, 29 men and 25 women, with a mean age of 53.5 (maximum age 92 years, minimum age 15 years) were studied. Four types of dysphagia with several neuromuscular disorders that were described and transformed into variables in study were recognized. 79.54% of the subjects with dysphagia compensated their dysfunction during the study of VFD, and gradually started oral feeding without risk of affecting the airway. This study shows the importance of VFD for the diagnosis and treatment of various types of dysphagia of different etiology.

Keyword: Dysphagia, etiology, pathogenesis, videofluoroscopy of swallowing.

Introducción:

La deglución normal implica el cierre de la vía aérea y la apertura de la vía alimenticia. Cuando la protección de la vía aérea es retrasada o incompleta, la resultante es la disfagia, particularmente si los mecanismos protectores glótico y supraglótico fallan o no son coordinados con el movimiento del bolo a través de la faringe, lo cual conduce a la aspiración y al compromiso pulmonar que puede llevar al óbito del paciente.

El estudio dinámico de la deglución evalúa en forma directa la fisiología de todas

*Dirección postal: Calle 37 N°1131 La Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina.
Correo electrónico: mariadelcarmen_campos@yahoo.com.ar

sus fases o etapas, determina la seguridad y la eficacia de la función y caracteriza las alteraciones observadas en términos de síntomas videofluoroscópicos con una escasa exposición radiante. La VFD es considerada el método "patrón de oro" en la evaluación del mecanismo fisiopatológico de la disfagia, brinda un diagnóstico diferencial de la función alterada y, además, permite aplicar procedimientos terapéuticos compensatorios manteniendo o restableciendo la alimentación por vía oral.

La Asociación Americana de Gastroenterología, en el año 1999, ha recomendado la VFD como el método de estudio y tratamiento de la disfagia orofaringea (DOF), que permite determinar la integridad funcional de la disfagia, la severidad del trastorno y la posibilidad de compensar adecuadamente el patrón de la DOF.

La VFD evalúa el tiempo de cada etapa de la función, la formación del bolo alimenticio, el reflejo deglutorio, la protección de la vía aérea y la coordinación respiración – deglución; valora la movilidad laríngea-epiglótica y el riesgo de penetración o aspiración del contraste, verificando la eficacia de los músculos suprahioideos e infrahioideos; estudia el peristaltismo faríngeo comprobando la biomecánica de los constrictores faríngeos. Además, evalúa el transito esofágico, el porcentaje de bolo o contraste que ingresa al esófago cervical, la relajación y contracción de los esfínteres esofágicos superior e inferior y las posibilidades de reflujo gastroesofágico y esofagoesofágico. Simultáneamente, evalúa los movimientos voluntarios orales que permiten la conformación del bolo y su transporte, la funcionalidad de la válvula velofaringea y la posibilidad de aparición de reflujo nasal. Al mismo tiempo, este estudio permite analizar las respuestas motoras con diferentes consistencias y volúmenes y el beneficio de la aplicación de las posturas cefálicas y maniobras compensadoras de la disfagia evitando complicaciones (penetración, aspiración, desnutrición, etc.).

Finalmente, la posibilidad de disponer de la grabación del estudio de VFD posibilita el análisis del equipo interdisciplinario que asiste al paciente, definiendo interconsultas, estudios complementarios, terapéutica y control posterior.

Material y método:

Se realizó un trabajo de investigación no experimental, transversal, descriptivo y retrospectivo con el propósito de exponer las alteraciones de los eventos neuromusculares de la deglución causados por diferentes patologías y que son evidenciados durante la evaluación del estudio dinámico de la deglución o VFD, así como, reconocer diferentes tipos de disfagia y las posibilidades de compensación de la disfunción durante la VFD. Además, se pretendió estimar el porcentaje de eventos alterados asociados a la disfagia oral y disfagia faríngea de etiología estructural y no estructural.

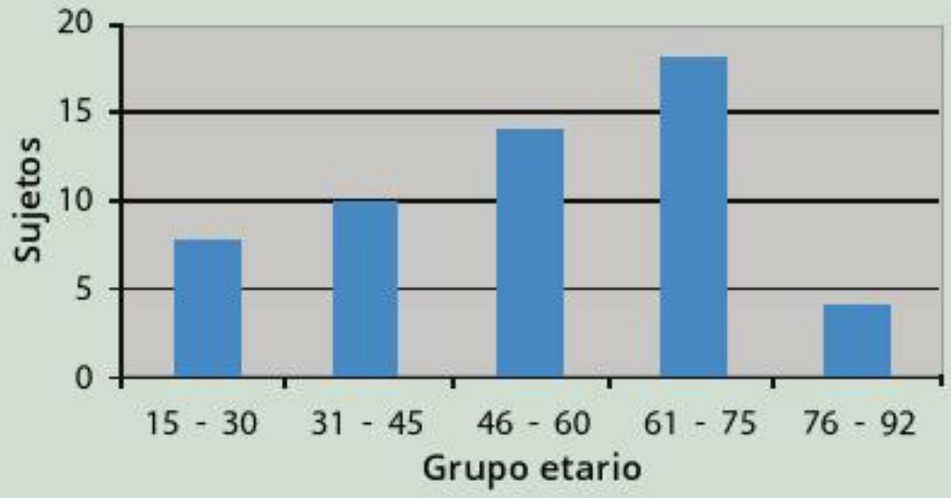
La población que se ha estudiado y sobre la cual se pretende generalizar los resultados del estudio está constituida por sujetos adultos con trastornos deglutorios de diferente etiología (neurológica, inflamatoria, infecciosa, tumoral, etc.) (Tabla 2).

La muestra se conformó por 54 sujetos (n= 54), 29 hombres (53,70%) y 25 mujeres (46,29%), con una edad máxima de 92 años, una edad mínima de 15 años y con una edad media de 53,5 pertenecientes a distintos niveles socio-económico-educativos procedentes del partido de La Plata, Berisso, Ensenada, conurbano bonaerense e interior de la Provincia de Buenos Aires, quienes fueron derivados a la atención fonoaudiológica por presentar disfagia causada por diferentes enfermedades sistémicas.

Se describe la conformación del grupo etario en intervalos de edades (Tabla 1). Luego, se expresan los valores en histogramas de frecuencias.

Tabla N° 1 y Grafico N°1: Grupo etario estudiado

Grupo etario	N° Sujetos
15 – 30	8
31 – 45	10
46 – 60	14
61 - 75	18
76 - 92	4



Los actos neuromotores de la función deglutoria que constituyeron las variables en estudio y que se evaluaron en forma dinámica con VFD fueron:

- Cierre nasofaríngeo.
- Ramping y propulsión lingual.
- Masticación.
- Reflejo deglutorio.
- Cierre del vestíbulo laríngeo.
- Clearance faríngeo.
- Morfología y función del esfínter esofágico superior (EES).

El cierre nasofaríngeo se genera por la acción de la válvula constituida por el velo del paladar y la pared posterior de la faringe, evitando el pasaje del alimento a la rinofaringe.

El ramping o rampa lingual es la especial posición que adopta la lengua antes de propulsar o impulsar el bolo hacia el istmo de las fauces, constituyendo dos acciones motoras fundamentales para el transporte del bolo.

La masticación es una conducta motora bucal muy compleja que consiste en una asociación de movimientos mandibulares y dentarios, auxiliados por los labios, la lengua y las mejillas con el objetivo de triturar, fragmentar y aplastar los alimentos sólidos, que al mismo tiempo se ensalivan conformándose el bolo alimenticio.

El reflejo de la deglución se manifiesta en el istmo de las fauces, mediante la información sensitiva trasladada por los nervios craneales trigémino, vago y glosofaríngeo hacia la formación reticular del bulbo, identificada como el centro de la deglución, a nivel del nervio facial. Las fibras eferentes de los nervios craneales glosofaríngeo y vago completan el arco reflejo conduciendo la respuesta motora automática que da inicio a la etapa faríngea y permite la reconfiguración de la vía digestiva alta.

El cierre del vestíbulo laringeo constituye el cierre completo de la vía aérea y se produce luego de la manifestación del reflejo deglutorio, de la elevación y adelantamiento laríngeo, del empuje de la base de la lengua y del rebatimiento completo del cartílago epiglótico.

El clearance o peristaltismo faríngeo se inicia de proximal a distal con acortamiento y estrechamiento faríngeo, trasladando el alimento hacia el esófago luego del gatillado faríngeo o reflejo de deglución.

La función del EES es mantener aislada la hipofaringe del esófago cervical evitando que refluya el contenido esofágico. La relajación del esfínter se inicia con la manifestación del reflejo deglutorio y, además, participan en esta acción: la tracción laríngea sobre el constrictor inferior de la faringe, la presión radial ejercida por el bolo alimenticio sobre el mismo esfínter, la relajación del tono de base del esfínter y su propia elasticidad. Luego, aumenta bruscamente el tono para alcanzar valores superiores al tono de alerta, opo-

niéndose así al reflujo. Alteraciones en la funcionalidad del esfínter cricofaringeo pueden producir modificaciones morfológicas, observándose imágenes patológicas en la VFD.

Las variables en estudio se midieron en una escala de tipo nominal con dos alternativas posibles, normal y alterado.

Estudio de videofluoroscopia de la deglución:

Se utilizó un equipo de radioscopia con intensificador de alta resolución de imágenes Siemens Polimat 60, conectado a un videograbador (Admiral VHR A600P 6 Head Hi-F), utilizando como medio de contraste sulfato de bario modificado asociado a alimento y espesante instantáneo para líquidos o almidón de maíz modificado. El uso del espesante posibilitó evaluar las diferentes viscosidades sin riesgo de variaciones y realizar observaciones intrasujeto e intersujeto en una situación de análisis constante, sin estar expuesto a variaciones externas (temperatura, etc.).

Se dispuso de equipo de aspiración con los elementos mínimos para su utilización, oxígeno disponible, laringoscopio, tubo endotraqueal y drogas para una emergencia.

Primera parte: Organización y preparación. Evaluación del esfínter glótico y deglución basal.

La administración de la sustancia de contraste o sulfato de bario modificado se efectuó en volúmenes crecientes (3 - 7 - 10 ml.) en las siguientes consistencias:

- Líquido libre.
- Líquido espesado: En 40 ml de agua, 2 gr de espesante.
- Semisólido: En 40 ml de agua, 3 gr de espesante.
- Sólido: Bizcocho con semisólido.

Se ubica al paciente en posición de pie o sentado en incidencia anteroposterior, en inspiración y en hiperextensión cefálica. La cabeza, el tronco y los hombros deben estar estables para ubicar el hueso hioides en su posición correcta. En esta incidencia anteroposterior se evalúa la funcionalidad del esfínter glótico mediante la visualización de la movilidad de las cuerdas vocales, sin utilización de contraste.

Luego se ubica al paciente en posición de perfil estricto para realizar la evaluación basal de la deglución. Se visualiza la vía aérea y digestiva, reconociendo las partes blandas y las estructuras óseas que participan en la función, y se observa si existen alteraciones estructurales Las estructuras blandas que se reconocen son: la boca, las fosas nasales, las adenoides, el paladar blando, la faringe, las amígdalas palatinas, la base de la lengua, la laringe, la epiglotis, la región glótica, la traquea, el esfínter cricofaringeo y el extremo proximal del esófago cervical. Las estructuras óseas que se observan son: la base de cráneo, la mandíbula, el cóndilo mandibular y su relación con el conducto auditivo externo, el hueso hioides y las primeras vértebras cervicales (arco anterior del atlas, apófisis odontoides y cuerpo del axis).

Se solicita al paciente que trague saliva observándose la movilidad de las distintas estructuras que intervienen en la función, pero fundamentalmente la motilidad velar, el ascenso laríngeo y la movilidad epiglótica.

Segunda parte: Evaluación de los tiempos de la deglución.

Fase preparatoria oral: Se ingresa la sustancia de contraste a la boca del paciente, se observan el tono y sellado labial, la ubicación del alimento, los movimientos linguales, mandibulares y dentarios, la formación del bolo, el movimiento anterior del velo y la elevación de la base lingual.

Fase oral: Se solicita que mantenga en la boca el bolo y se evalúa su ubicación y

permanencia en la cavidad, luego se ordena que trague y se observa la propulsión y el ramping lingual, el gatillado faríngeo y los residuos en la cavidad bucal pos deglución.

Fase faríngea: Se evalúa el cierre nasofaríngeo por contracción del velo del paladar, el cierre de la vía aérea con elevación y el adelantamiento de la laringe, la movilidad del hueso hioides, el estrechamiento - acortamiento faríngeo permitiendo el clearance faríngeo y la apertura del esfínter cricofaringeo. La duración normal de esta etapa es de dos segundos.

Fase esofágica: Se ubica al paciente en incidencia oblicua. Se evalúa la apertura del esfínter esofágico superior e inferior, el peristaltismo esofágico que posibilita la progresión del bolo y posible presencia de reflujo gastroesofágico y esofagoesofágico. La duración normal de la etapa es de ocho a veinte segundos.

Se examinan las imágenes grabadas, en avance normal, lento y cuadro a cuadro, identificando los eventos motores alterados en cada etapa de la función y los síntomas presentados durante el estudio. Se analizan las respuestas motoras con las diferentes consistencias, y con los cambios posturales y/o maniobras compensadoras de las alteraciones presentadas.

Resultados:

Se estudiaron 54 pacientes con alteraciones de la función deglutoria causadas por diferentes patologías estructurales y no estructurales. Las evidencias brindadas por la VFD permitió el análisis de los eventos neuromusculares alterados que conformaron los diferentes cuadros de disfagia. Se diagnosticó disfagia oral (DO) en 2 sujetos (3,70%), disfagia orofaringea (DOF) en 38 sujetos (70,37%), disfagia esofágica (DE) en 2 sujetos (3,70%), disfagia orofaringoesofágica (DOFE) en 2 sujetos (3,70%), y en 10 sujetos (18,31%) la función fue normal (Tabla 5).

Las etapas orales se observaron alteradas en 41 sujetos (77,77%) de los cuales, 26 sujetos (48,14%) presentaron anormalidad en la propulsión y el ramping lingual y 15 sujetos (27,77%) en la trituración de los sólidos y la conformación del bolo (Tabla 3).

La etapa faríngea mostró alteraciones en 40 sujetos (74,07%), siendo la alteración del clearance faríngeo (Figura 3) el evento neuromusculares prevalente observado en 28 sujetos (51,85%); el reflejo deglutorio retrasado o ausente en 24 sujetos (44,44%); el cierre incompleto del vestíbulo laríngeo en 14 sujetos (25,92%); ingreso de la sustancia de contraste a la región supraglótico (penetración) (figura 4) en 12 sujetos (22,22%); ingreso de la sustancia de contraste por debajo del nivel del esfínter glótico (aspiración) (Figura 2) en 9 sujetos (16,66%); y disfunción del esfínter cricofaringeo en 7 sujetos (12,96%) (Figura 1) (Tabla 4). En 4 sujetos (7,40%) de la muestra se observó alteración del peristaltismo de la etapa esofágica (Tabla 5).

Tabla Nº 2: Enfermedades sistémicas causales de disfagia en los sujetos estudiados

Etiología	N° Sujetos
Estructurales: Neurinoma. CA laringe. CA lengua. CA gástrico. Divertículo de Zenker.	5
No Estructurales: ACV. ELA. TEC. HIV. Ataxia. Miastenia gravis. Guillen Barre. Dermatomiositis. Dermatopolimiositis. DBT. ERGE, Esófago nutcracker. Distrofia oculofaríngea. Parálisis facial periférica.	49

Tabla Nº 3: Tipos de alteraciones en las fases orales

Alteraciones en las fases orales	Nº sujetos	%
Ramping y propulsión lingual	26	48,14
Masticación	15	27,77

Tabla Nº 4: Tipos de alteraciones en la fase faríngea

Alteraciones en la fase faríngea	Nº sujetos	%
Reflujo nasal	1	1,85
Reflejo deglutorio	24	44,44
Cierre del vestíbulo	14	25,92
Penetración	12	22,22
Aspiración	9	16,66
Clearance faríngeo	28	51,85
Morfología del EES	0	0
Función del EES	7	12,96

Tabla Nº 5: Disfagias diagnosticadas (n=54)

Disfagia	Nº sujetos Patología no estructural	Nº sujetos Patología estructural
DO	1 (1,85 %)	1 (1,85%)
DOF	35 (64,81%)	3 (5,55%)
DE	2 (3,70%)	0 (0%)
DOFE	1 (1,85%)	1 (1,85%)
Normal	10 (18,31%)	0 (0%)

Tabla Nº 6: Terapéutica compensadora de la disfagia durante la VFD

Aspecto terapéutico	Nª Sujetos	%
Deglución compensada	35	64,81
Deglución no compensada	9	16,66

Imagen 1: Divertículo de Zenker

Imagen 2: ACV. Aspiración y residuos posteriores al trago en recesos valeculares y en senos piriformes.

Imagen 3: Dermatomiositis. Alteración del clearance faríngeo con estasis en orofaringe y en pared posterior de la faringe.

Imagen 5: Miastenia gravis. Penetración del contraste al vestíbulo laríngeo.

Discusión:

La evaluación del paciente con disfagia se inicia con el análisis minucioso de la historia clínica y el examen físico, considerando como aspectos relevantes la patología de base, los tratamientos realizados, especialmente farmacoterapia, radioterapia y procedimientos quirúrgicos, complicaciones nutricionales, respiratorias, y estudios complementarios de imagen o endoscópicos. (1, 2) Una adecuada anamnesis seguida de una exploración cuidadosa de cabeza y cuello, enfocada a la integridad anatómica del tracto aerodigestivo superior y a los signos y síntomas neurológicos, como mala coordinación muscular, fasciculaciones, temblor y pérdida de la sensación o de los reflejos nauseoso y tusígeno son suficientes para poder inferir el estado de las etapas de la deglución y el grado de severidad de la disfunción, aunque la función deglutoria en sí no haya sido valorada. (Bastian, R.W., 1998)

La bibliografía especializada menciona dos exámenes para el estudio anatómico y funcional de la deglución, pudiendo el profesional tratante seleccionar uno de ellos, según su criterio clínico, experiencia y teniendo en cuenta las ventajas y desventajas de los mismos. Los estudios aplicados con este fin son la nasofibroscopia de la deglución (NSFD) y la videofluoroscopia de la deglución (VFD). (1, 3, 4, 16, 21) La evaluación de la deglución con VFD proporciona información adicional sobre la sincronización de los diferentes eventos neuromusculares durante el trago (Kidder y col., 1994) y brinda al fonoaudiólogo una imagen dinámica de la función, que posibilita realizar un análisis objetivo de la fisiopatología del trastorno deglutorio arribando a un diagnóstico diferencial de la disfagia (Kendall y col., 2004). En tanto, la NSFD proporciona mejor valoración del estado neurológico y anatómico pero, no puede evaluar en forma directa la función deglutoria (Bastian R.W., 1998). La exposición a la radiación, la imprecisión en la imagen anatómica y los costos son las desventajas más destacadas que presenta la VFD, aspectos que son considerados ventajas del estudio de NSFD. Maempel y col., 2007 publicaron un estudio con 230 sujetos evaluados con VFD donde concluyen que es el examen instrumental más apropiado para determinar el diagnóstico de la biomecánica orofaringea y establecer estrategias terapéuticas de la deglución usando mínimas dosis

de radiación. Es necesario realizar estudios con grandes muestras de pacientes estadísticamente significativos para comprobar si la VFD puede ser remplazada por la evaluación clínica de profesionales con experiencia o por la información de la NSFD, arribando a los mismos resultados terapéuticos que hoy se alcanzan con la evaluación dinámica de la función. La inferencia clínica es insuficiente y de alto riesgo para el diagnóstico diferencial de la disfagia y tratamiento adecuado, debiéndose valorar la deglución con estudios específicos. Actualmente el estudio de VFD permite correlacionar lo observado en la clínica, establecer diagnósticos precisos y propuestas terapéuticas para la recuperación de la función deglutoria, evitando complicaciones nutricionales y respiratorias. Además, permite indicar la vía de alimentación segura en base a hallazgos objetivos y controlar la evolución postratamiento de los pacientes con disfagia.

Conclusión:

Se evaluaron los diferentes eventos neuromusculares alterados de las etapas de la deglución en las grabaciones de los estudios de VFD y de los informes respectivos, observándose alteraciones prevalentes en el ramping lingual, en la propulsión lingual, en el clearance faríngeo, en el reflejo deglutorio y en el cierre del vestíbulo laríngeo. Estos actos motores alterados configuraron cuatro tipos de disfagia, siendo la más prevalente la disfagia orofaringea, compensada durante la VFD en el 64,81% de los sujetos.

La etiopatogenia de la disfagia en los sujetos con patología estructural fue diferente en cada uno de los diagnósticos: (tabla 2 y 5)

Neurinoma del acústico: En el postoperatorio los sujetos presentaron DOF con ingreso a la vía aérea debido al compromiso sensitivo - motor de los pares craneales VII, y IX, resultando una deglución no segura y no eficaz (Imposibilidad de ingerir por vía oral la totalidad de las calorías y líquidos necesarios diariamente)

CA laringe. Se diagnosticó DOF con penetración y aspiración del contraste causado por la resección de estructuras laríngeas que modifican o impiden el cierre de la vía aérea durante el trago.

CA de lengua: Los sujetos presentaron DO causada por disminución de la sensibilidad, motricidad, coordinación y fuerza lingual, sin presentar riesgo de ingreso del contraste a la vía aérea.

CA gástrico: En el postoperatorio mediato, los sujetos presentaron DOFE sin ingreso del contraste a la vía aérea causada por la alteración de la biomecánica general de la función y disminución de las presiones positivas y negativas en el proceso deglutorio, diagnosticado por estudio de manometría.

Divertículo de Zenker: En los sujetos estudiados, se observó DOF con ingreso a la vía aérea, causada por estasis del contraste en el saco diverticular y en hipofaringe debido a la fibrosis del EES asociada al divertículo, lo que impide una completa relajación del esfínter, dificulta el pasaje del bolo hacia el esófago y eleva el nivel del contraste en la zona laringofainga que ingresa al vestíbulo laríngeo, progresando y superando el nivel del esfínter glótico.

En el grupo con patología estructural, tres sujetos compensaron la alteración de la función con indicación de postura cefálica de mentón elevado, segundas degluciones y con modificación en la viscosidad y volumen del bolo alimenticio. En el resto de los sujetos (2) no se logró compensar la disfagia.

En los sujetos con patología no estructural (tabla 2 y 5), se diagnosticó en 1/49 sujetos DO, en 35/49 sujetos DOF, en 1/49 sujetos DOFE y en 2/49 sujetos DE. Se compensó la disfagia durante la VFD en 32/49 sujetos con indicación de postura cefálica de mentón plegado, segundas degluciones, deglución forzada, modificaciones en la consistencia y volumen del bolo de la sustancia de contraste. En 7/49 sujetos no se logró compensar la disfagia y en 10/49 sujetos se evidenció normalidad en la función deglutoria. En este grupo de sujetos la etiopatogenia de la disfagia se debió a la incoordinación e hipomotilidad que alteraron el peristaltismo faríngeo, la propulsión del bolo y la acción de las válvulas oro-faringo-laríngeas (10).

En conclusión, el propósito de este trabajo fue exponer las alteraciones de los eventos neuromusculares de la deglución, causados por diferentes patologías estructurales y no estructurales, evidenciados durante la evaluación con el estudio dinámico de la deglución o VFD, que permitió el análisis detallado de los patrones deglutorios y consecuentemente arribar al diagnóstico preciso del tipo de disfagia y aplicar la terapéutica compensadora adecuada en el 79,54% de los sujetos (35/44) de la muestra iniciando progresivamente la alimentación por vía oral sin riesgos de comprometer la vía aérea.

El presente trabajo ha mostrado el valor de la VFD para el diagnóstico y tratamiento compensador de los diferentes tipos de disfagia, siendo necesario estudiar y determinar en futuros trabajos de investigación si existe correlación entre eventos neuromusculares anormales específicos y determinadas patologías causales de disfagia. Posiblemente, este trabajo constituya un sencillo aporte para abrir nuevas líneas de investigación en el tema.

Bibliografía:

1. AGA Medical Position Statement on Management of Oropharyngeal Dysphagia. Gastroenterology 1999; 116: 452–454.

2. AGA Technical Review on Management of Oropharyngeal Dysphagia. Gastroenterology 1999;116: 455 – 478

3. Aviv, J.E., Kaplan, S.T., Thomson, J. E., Spitzer, J., Diamond, B., Close, LG. The Safety of Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing with Sensory Testing (FEESST): An Analysis of 500 Consecutive Evaluations. Dysphagia 2000. 15: 39–44.

4. Bassi, M. de las M. Anatomía, fisiología y evaluación de la deglución. Rev. Fonoaudiologica. T.40. N.3. 1994. 5-11.

5. Bastian, R.W. Diagnóstico del paciente disfágico en la actualidad. Clin. Ottorr.de

Nort. 1998. V 3. 455-471.

6. Bronwyn, J. Radiologic of the disphagic patient. Nut. in cl. prac.. October 1999. V 14, N 5. 10 - 12.

7. Clevé Civit, P.; García Peris, P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitación de la disfagia orofaringea. Barcelona. Ed. Glosa.

8. Cook, I.J.; Kahrilas, P.J. AGA technical review on management oforopharyngeal dysphagia. Gastroenterology. 1999. 116, 455 – 478.

9. Crivelli, A. Actualización. Disfagia orofaringea. RNC. 2007. V 16, N 2, 47-56.

10. Darley F.L., Aronson AE, Brown J.R. Alteraciones motrices del habla. Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana. 1978. 27-57

11. Garon, BR.; Huang, Z.; Hommeyer, S.; Eckmann, D.; Stern GA. y Ormiston, CH. Epiglottic dysfunction: Adnormal epiglottic movement patterns. Dysphagia. 2002. 17:57-68

12. Gonzáles de Canales de Simón, M.P., Olmo Martínez, L., Arranz Santos, T. Disfagia. Etiopatogenia, Clasificación y clínica. Rev. Med. Nro. 1. 8va. Ed. 2000. 23-28.

13. Kendall, KA.; Leonard, RJ.; Mc Kenzie, S. Airway protection: Evaluation with videofluoroscopy. Dysphagia. 2004. 19: 65 – 70.

14. Kendall, KA.; Leonard, RJ.; Mc Kenzie, S. Goncalves, MI.; Walker, A. Timing of events in normal swallowing: A videofluoroscopic study. Dysphagia; 2000. 15: 74 – 83.

15. Kidder,T. M., Langmore, S. E., Bonnie J.W. Indications and Techniques of Endoscopy in Evaluation of Cervical Dysphagia: Comparison with Radiographic Techniques. Dysphagia; 1994, 9:256-261.

16. Logemann, JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. Second edition. United States of America. Pro – ed. 1998

17. Logemann, JA. Manual for the videofluorographic study of swallowing. Second edition. United States of America. Pro – ed. 1986.

18. Maempel, IZ.; Chapple, CL.; Leslie, P. Radiation Dose in Videofuoroscopic Swallow Studies. Dysphagia; 22:13–15 .2007.

19. Plant, RL. Anatomía y fisiología de la deglución en adultos y ancianos. Clín. Otro. de Nort.. 1ra. ed. México. Ed. Interamericana - MacGraw Hill. 1998. V3, 443-452.

20. Rodriguez, MA. Puesta al día en trastornos de la deglución. FASO. 1997; 5 -21.

21. Stoeckli, SJ.; Huisman, TAGM.; Seifert, B.; Martin-Harris, BJW. Interrater Reliability of videofluoroscopic swallow evaluation. Dysphagia. 2003. 18: 53 - 57.

22. Suárez de Chandler, S.; Molas C. A. Valoración cuantitativa de estudios videofluoroscopicos. FASO 2001. 57-62.

23. Wisdom, G.; Blitzer, A. Tratamiento quirúrgico de los trastornos de la deglución. Clin. Ottorr.de Nort. 1998. V3, 501-523.

Presentamos a los miembros del Comité Científico.

Guardianes de la excelencia

El desafío de llegar a nuestros matriculados con una Revista Científica nace con el firme convencimiento de que la ciencia debe ser comunicada. Así, en el intercambio de opiniones, el crecimiento motoriza la jerarquización profesional que pretendemos para la Fonoaudiología.

Dado que esta publicación ocupa un lugar de privilegio por ser la única que comunica la producción fonoaudiológica de la Provincia de Buenos Aires, creamos además un Comité Científico, conformado por cinco prestigiosos profesionales, que tendrá la responsabilidad de evaluar todos los trabajos que se reciban, de sugerir modificaciones y de avalar su publicación.

De esta manera, nuestra Revista, ya desde sus orígenes, sentará las bases para un crecimiento responsable y criterioso que aporte al desarrollo fructífero de nuestra profesión.

Los invitamos a conocerlos.

Lic. María Rosa Alfaro

- Licenciada en Fonoaudiología.
- Fonoaudióloga de la Unidad de Fonoaudiología del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica de La Plata.
- Integrante de la Junta Evaluadora de la Discapacidad del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica de La Plata.
- Jefe Unidad de Rehabilitación del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica de La Plata.

"El desempeño profesional se desarrolla a través de la actividad asistencial,

la docencia y la investigación.

Es frecuente que muchos trabajos científicos no culminen en una publicación.

La edición de la Revista Científica de la Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos nos abre el espacio que nos permitirá comunicar los resultados de numerosas investigaciones, el intercambio y la actualización de los conocimientos.

Se plantea un nuevo desafío en pos de la jerarquización profesional de la comunidad fonoaudiológica." | Lic. María Rosa Alfaro.

Dra. María del Carmen Campos

- Doctora en Fonoaudiología. Especialidad en Perturbaciones de la Comunicación Humana. Facultad de Ciencias de la Recuperación Humana. Universidad del Museo Social Argentino.
- Fonoaudióloga de la Unidad de Internación del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín de La Plata.
- Coautora del Programa Provincial de Residencia de Fonoaudiología, de la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud, de la Subsecretaria de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.
- Ha sido Directora de la Jornadas de Actualización de Fonoaudiología, los ciclos de seminarios de postgrado, y el Curso de Actualización en Deglución y Disfagia, organizados por la Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la provincia de Buenos Aires.

"Una nueva publicación de este tipo siempre contribuye al desarrollo científico y a su comunicación. Esta revista, editada por la Regional La Plata, es la primera publicación científica provincial en el ámbito de la Fonoaudiología, fundándose así, un espacio cuyo propósito es contribuir a la difusión de temas relacionados con la ciencia de la comunicación humana y sus alteraciones, comprendiendo una amplia temática vinculada a las dificultades del habla, del lenguaje oral y escrito, de la voz, de la audición y de las funciones fonoestomatológicas.

Igualmente, la importancia de esta publicación está centrada en el propósito de brindar información a los fonoaudiólogos y a otros profesionales de la salud, interesados en los temas abordados, así como, proponer un medio a todos los colegas que deseen difundir sus experiencias clínicas, revisiones teóricas, estudios de casos y resultados de investigación." | Dra. María del Carmen Campos.

COMITÉ CIENTÍFICO

Lic. Claudia Díaz

- Licenciada en Fonoaudiología. Universidad Nacional de La Plata.
- Curso de Posgrado en "Bases Acústicas avanzadas de la producción vocal y análisis acústico aplicado a la clínica y entrenamiento de la voz "Universidad Nacional de San Luis.
- Coordinadora y docente del Posgrado en Voz Profesional para Lic. en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP y la Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires.
- Creadora y Docente del "Curso de Oratoria: enfoque Comunicativo, Comunicación Oral Profesional", dictado con regularidad en distintas Instituciones desde el año 2002 hasta la fecha.

"La finalidad de un Colegio Profesional es velar por el correcto ejercicio de la profesión y defender su prestigio, promoviendo acciones en ese sentido.

La edición de una revista científica, a cargo de la Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires es una clara señal de impulso al desarrollo profesional.

Celebro esta decisión que es una manera de conocer lo que hacemos y de compartir el conocimiento para una mejor fonoaudiología. Vamos por buen camino" | Lic. Claudia Díaz

Lic. María Elsa Echave

- Lic. en Fonoaudiología por UCALP en año 2006.
- Audióloga del Servicio de otorrinolaringología del Hospital Interzonal General de Agudos Prof. Dr. Rodolfo Rossi desde 1981 y del mismo servicio en el Hospital Italiano de La Plata desde 1993.
- Co-Responsable del Programa de Detección y Diagnóstico Temprano de Hipoacusia vigente desde el año 2007 en la Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la provincia de Buenos Aires.
- Docente en la formación de médicos otorrinolaringólogos en La Residencia de otorrinolaringología del Hospital Interzonal General de Agudos Prof. Dr. Rodolfo Rossi y en la formación de fonoaudiólogas concurrentes ad honorem en la misma Institución.

"Me parece una iniciativa sumamente importante y positiva, y creo que es significativo que surja en la Regional La Plata.

Creo que servirá como estímulo a nuestra comunidad profesional, incentivando a mucha gente cuya tarea clínica es de un nivel excelente, a sistematizar la información obtenida en la actividad cotidiana, y darla a conocer a través de la realización de trabajos científicos.

Quizá el sentimiento 'de pertenencia' que implica el hecho de que la revista sea de Nuestro Colegio, logre que podamos vencer ese ´cierto temor´ que aparece en muchas de nosotras a la hora de encarar un trabajo de estas características." | Lic. María Elsa Echave

Lic. Lucía Infante

- Fonoaudióloga. Egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1975.
- Licenciada en Fonoaudiología egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 2006.
- Fonoaudióloga de la Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares. Miembro del Equipo de Investigación e Informática y Docente de la Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares.
- Titular de la Cátedra de "Odontoestomatología y Fonoaudiología" de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Buenos Aires. Titular de la Cátedra de Fonoestomatología en la Complementación Curricular de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología dictada en la Universidad de Ciencias Médicas de La Plata.

"Editar una revista científica es un logro para toda la comunidad fonoaudiológica. Favorecerá la difusión de temas de actualidad, en todas las aéreas que nos conciernen. Será valioso material de consulta y actualización. Podrán generarse trabajos de investigación y estadística que servirán de primeros peldaños para estudios de generaciones venideras. Es un honor participar de este proyecto y auguro a sus directivos la proyección que merece este emprendimiento. Mis sinceras felicitaciones. | Lic. Lucía Infante

NUESTRO SECRETARIO DE REDACCIÓN

Nuestra revista contará con la participación del Traductor Público Raúl Carranza en el rol de Secretario de Redacción.

Su amplia experiencia como traductor científico-técnico e intérprete simultáneo y consecutivo en inglés y francés, se suma a sus títulos de grado de traductor público en idioma inglés (UNLP), diploma de altos estudios de francés (Alianza Francesa de París), y su trayectoria docente a cargo de las cátedras Inglés I y II de la Licenciatura en Fonoaudiología (UNLP), área Dicción y Fonética de la materia Técnica Vocal I y II de la carrera de Dirección Coral de la Facultad de Bellas Artes (UNLP), y Dicción Alemana y Fonética aplicada a la interpretación del canto en el Conservatorio Gilardo Gilardi de La Plata.

Según sus propias palabras: *"La edición de una revista científica representa, sin duda, un aporte muy valioso para la comunidad fonoaudiológica. Es un espacio de reflexión, debate, intercambio de ideas, descubrimientos, aprendizaje que lleva siempre al crecimiento en la profesión. En una publicación científica, el profesional o investigador brinda y comparte los resultados de sus estudios de manera que puedan ser evaluados, mejorados y continuados por otros profesionales que se interesen por temas similares.*

Es de esperar que esta revista genere nuevos investigadores, que quizás se sumen a la larga lista de científicos argentinos que se han destacado en nuestro país y en el mundo entero."

Nota de la Redacción. La participación de los profesionales mencionados como miembros del Comité Científico no los excluye de la participación como autores de trabajos a publicar.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Normas para autores de Trabajos Científicos

Tipos de artículo

1. Artículos de Investigación Original
2. Casos Clínicos y Estudios de Casos

Extensión Máxima de los Manuscritos

Los manuscritos no deben exceder lo siguiente (espacios incluidos):

Artículo de investigación original: 30.000 caracteres.

Normas Generales para la Presentación de Manuscritos y sus respectivas imágenes o fotografías.

El texto debe ser enviado como archivo de Word 97-2003 (.doc, no .docx), en letra Times New Roman, tamaño 12, con interlineado de 1,5. Las páginas deben estar numeradas, con el número de página en el lado derecho del pie de la hoja. También se deben numerar consecutivamente todas las líneas de cada página, recomenzando en cada una.

Las fotografías alusivas al trabajo deberán ser enviadas en archivos individuales, en formato JPG, que pesen por lo menos 600 KB cada uno. No se aceptarán fotos que estén pegadas en un Word o en una plantilla Power Point.

1. ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Deben estar escritos totalmente en español.

Son manuscritos inéditos basados en informes científicos y tecnológicos derivados de investigación original.

La primera página debe contener:

Título.

La primera página debe contener.

Nombres de los autores.

Deben estar centrados y en el siguiente orden: primer nombre, inicial del segundo nombre seguido de un punto y apellido completo seguido de un número (en superíndice y cursiva), indicando la filiación del autor. Se deben separar con comas las abreviaturas de los títulos académicos. Se deben separar con punto y coma los nombres de los autores. Por ejemplo: Guillermo B. de Quirós*; Estrella Joselevich**.

Filiación.

La filiación de cada autor se coloca debajo de los nombres y se alinea el texto hacia la izquierda y con los números correspondientes a los autores en superíndice. Se debe incluir la filiación completa de cada autor. Por ejemplo:

*Guillermo Bernardo de Quiros
Egresado de la Facultad de Medicina de la UBA
Residente de la Unidad de Neurología en el Hospital Pedro de Elizalde
Especialista asociado en Neuropsiquiatría Infantil del CEMIC
**Estrella Joselevich
Licenciada en Fonoaudiología
Profesora de la UBA
Conferencista invitada por universidades y hospitales nacionales y extranjeros.

Autor correspondiente.

Se debe referenciar con un asterisco y se coloca como nota al pie de página que incluya la dirección postal y de correo electrónico.

En los casos en que se desee dejar constancia de que dos o más de los autores (pero no todos) han con-

tribuido por igual en la realización del trabajo, se deberán referenciar dichos autores con una misma letra minúscula y, luego de indicar el autor correspondiente, se colocará, en un renglón aparte, la siguiente oración:

[a] Estos autores han contribuido por igual en la realización del presente trabajo.

Resumen.

Los resúmenes y las palabras clave deben estar escritos en dos idiomas: español e inglés

Cada resumen debe constar de un solo párrafo con un máximo de 200 (300) palabras y debe describir brevemente los antecedentes, los objetivos, los métodos, los resultados y las conclusiones que serán desarrollados más extensamente en el cuerpo del trabajo. No se deben citar referencias y se debe evitar el uso de abreviaturas en los resúmenes.

Palabras clave. Liste de tres (3) a seis (6) palabras clave en cada idioma, separadas por coma, y preséntelas en orden alfabético. Las palabras clave no deben, dentro de lo posible, estar repetidas en el título.

Cuerpo del manuscrito:

Introducción.

No debe exceder 400 palabras. Presenta el estado actual del conocimiento o la bibliografía asociada con el tema principal, se plantean las hipótesis evaluadas y los objetivos.

Materiales y métodos.

Puede dividirse en sub-secciones y debe incluir:

Tipo de estudio: Se debe incluir el tipo de estudio realizado y el tamaño de la muestra utilizada.

Sobre los métodos: se deben describir los métodos empleados o estandarizados por los autores. Si se emplea un método que ya ha sido descrito por otros autores, no se deben incluir los detalles o se los debe describir brevemente, pero debe suministrar las referencias bibliográficas respectivas y suficientes como para que el lector pueda buscarlo y encontrarlo. Los métodos modificados por los autores deben incluir la referencia del método original y la descripción de las modificaciones realizadas.

En caso de usar subtítulos dentro de las secciones para describir procedimientos y protocolos, se debe hacer lo siguiente:

Subtítulo de primer orden: Se debe escribir en cursiva, con negrita. Se debe iniciar la descripción del procedimiento en la línea debajo del subtítulo.

Subtítulo de segundo orden: Se debe escribir en cursiva, sin negrita y se debe iniciar la descripción en la misma línea del subtitulo.

Los métodos deben incluir: Ubicación del lugar donde se realizó el estudio, los animales utilizados, el análisis estadístico (especificando los procedimientos utilizados, la transformación de los datos (si fue empleada), los modelos estadísticos aplicados, nivel de significación y tipos de error, así como el programa o software empleado).

Abreviaturas y acrónimos: Los nombres propios, en idioma distinto del idioma del manuscrito, no se traducen. Para emplear una abreviatura la primera vez, debe escribirse el nombre seguido por su abreviatura correspondiente entre paréntesis, por ejemplo: Fisura

NORMAS DE PUBLICACIÓN

labio alveolo-palatina (FLAP).

Posteriormente, se puede usar la abreviatura en el cuerpo del texto sin más explicaciones.

Se debe recordar que todos los datos suministrados en esta sección deben permitir al lector reproducir los ensayos experimentales.

Resultados.

Los títulos y subtítulos de esta sección siguen las mismas reglas descritas en Materiales y métodos.

Los resultados se expresan en tiempo pasado. La significancia estadística se muestra entre paréntesis, p. ej.: (P<0.05).

Todas las tablas y figuras (incluso fotografías) deben ser identificadas por número arábigo con negrita seguido de un punto (p. ej.: Tabal 1.). El título de la tabla debe estar situado por encima de ella. El título de la figura se escribe debajo de la imagen. La primera palabra de los encabezados de columna o fila debe ir en mayúscula.

Las tablas sólo deben tener líneas horizontales entre el título y los encabezados de columna o fila. No se deben utilizar nunca líneas verticales. Se debe usar fuente Times New Roman para las tablas.

Las unidades incluidas en los títulos deben ir entre paréntesis. Los números, las letras o los asteriscos para indicar notas colocadas bajo la tabla, medidas estadísticas o significados particulares deben ser escritos en superíndice y/o cursiva. Del mismo modo, y sólo en casos especiales, las notas explicativas acerca de la metodología empleada se pueden colocar bajo la tabla en cursiva.

Las tablas y las figuras se colocaran al final del manuscrito con sus correspondientes números y leyendas. En el cuerpo del texto, donde correspondiera, deberá hacerse referencia a las tablas y figuras, colocando entre paréntesis el número respectivo. Por ejemplo: (Tabla 1, Fig. 2). Asimismo, el (los) autor(es) deberá(n) indicar en el texto el lugar donde consideren que debe insertarse la figura o la tabla en el trabajo final. Por ejemplo, colocar entre dos párrafos, en letras mayúsculas, la indicación: COLOCAR LA FIGURA 1 AQUÍ o COLOCAR LA TABLA 1 AQUÍ.

Las fotografías deben estar en formato de alta calidad (TIFF o EPS) con un mínimo de 600 dpi.

Todas las unidades se expresarán en el sistema métrico decimal y de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades (SI).

Se debe dejar un espacio entre el número y sus unidades, excepto para los símbolos de porcentaje (%) y de pesos u otras monedas ($).

La abreviatura de las unidades siempre debe estar en singular (p. ej.: 3 cm. No se debe escribir: 3 cms).

No se debe escribir punto después de la unidad de medida, excepto al final de la oración.

No se deben repetir las unidades abreviadas cuando se trate de cantidades múltiples (ej: 3 - 5 kg. No escriba: 3 kg - 5 kg).

No se debe usar punto, sino coma para separar los decimales (p. ej.: 3,5. No escriba: 3.5).

Discusión.

La discusión es un componente independiente y no forma parte de la sección de resultados. Se deben interpretar y discutir los resultados obtenidos comparándolos con la bibliografía relevante. Se deben analizar en detalle sólo los resultados consignados en el manuscrito.

Citas dentro del texto. Se debe escribir el apellido del (de los) autor(es) seguido del año de la publicación. P. ej.:

(Manrique y col., 2002)

Agradecimientos.

Se pueden mencionar las instituciones, los proyectos o las personas que financiaron o ayudaron en la realización del estudio.

CÓMO ESCRIBIR LAS LISTA DE REFERENCIAS

Los nombres de las revistas deben abreviarse de acuerdo con las directrices del Index Medicus, sin punto al final de las abreviaturas. Las referencias deben escribirse de acuerdo a los siguientes ejemplos:

Citación de referencia bibliográfica en el cuerpo del texto:

"La distinción clínica entre parálisis pseudobulbar y apraxia bucal es, a veces, difícil en el niño y debe

tenerse en cuenta que ambos trastornos pueden ir asociados en el mismo paciente cuando se trata de un síndrome silviano biopercular." (Roulet y col., 1989)

Al finalizar el manuscrito, se enumerarán las citas bibliográficas (lista de referencias) en orden alfabético, respetando la siguiente nomenclatura:

Publicaciones periódicas (revistas científicas)

Cuando son autores:

Tabernero, M.; Politis,D. (2012). Evaluación del rendimiento facial de emociones básicas en demencia Frontotemporal (2012) Revista Argentina de Neuropsicología.

Cuando son instituciones u organizaciones:

American Psychiatric Assocation: Diagnositic and StatisticaL OF MENTAL DISORDERS, 4ta. EDICIÓN. Washington. D.C. 2000

Referencia sin autor identificado

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Decada of the brain. NIH Publicaciones. Nro. 94-3572. Washington.United Status Government. Printing Office.

Libros

Juárez A, Monfort M. Estimulación del lenguaje oral. Un modelo interactivo para niños con necesidades especiales. Madrid: Entha Ediciones, 2001.

Capítulos de libro

Vygotsky, S. Del L. (1991). Génesis de las funciones mentales más altas. En P. Light, S. Sheldon, y M. Woodhead (Eds.), Aprendiendo a pensar (pp. 32-41). Londres: Routledge.

Artículo en formato electrónico

Departamento de Bibliotecas. Universidad de Santiago de Chile. Sistema de Bibliotecas USACH [en línea]. [Fecha de consulta: 15 noviembre 2008]. Disponible en: http://www.facebook.com/pages/Santiago-Chile/Sistema-de-Bibliotecas-USACH/25023942436.

Libros de resúmenes de congresos

Borgman, C. L., Bower, J., & Krieger, D. (1989). From hands-on science to hands-on information retrieval. En J. Katzer, y G. B. Newby, (Eds.), Procedimientos de la 52.a reunión anual de ASIS: Vol. 26, información del manejo y tecnología (pp. 96-100). Medford, NJ: Información Docta.

Tesis

Mendoza, L. E. (1969). La orientación como técnica pedagógica. Su aplicación en Panamá. Tesis doctoral, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Universidad Complutense de Madrid.

2. CASO CLÍNICO O ESTUDIO DE CASO

Debe tener los siguientes elementos: títulos, nombre de los autores (con su filiación), resumen (no más de 150 palabras) y palabras clave.

El cuerpo del Caso Clínico contiene: Introducción, Examen del paciente (con los siguientes subtítulos: anamnesis, hallazgos clínicos y ayudas diagnósticas utilizadas), Tratamiento, Discusión y Conclusión. Los elementos anteriores deben seguir las mismas normas de los artículos de investigación original.

LISTA DE COMPROBACIÓN DE PREPARACIÓN DE ENVÍOS

Como parte del proceso de envío, se les requiere a los autores que indiquen que su envío cumple con todos los siguientes elementos y que acepten que los envíos que no cumplan con estas indicaciones pueden ser devueltos al autor.

NOTA SOBRE EL DERECHO DE AUTOR (COPYRIGHT)

Para el caso de la traducción o de la publicación parcial o total del material contenido en la Revista, se requerirá del permiso escrito de la Directora de la Revista, Lic. Irene Fernández. Ni el Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires Regional La Plata ni la Revista se responsabilizan de los conceptos emitidos en los artículos publicados, cuya responsabilidad será en su totalidad del (de los) autor(es).

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

Los nombres y direcciones de correo electrónico introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona. ●

Más gestión, más crecimiento

Les proponemos realizar un breve repaso de las acciones más relevantes que desarrollamos en este último año y medio de trabajo.

La Regional La Plata definió como temas clave de su gestión la comunicación con el matriculado a través de todos los canales disponibles y la fuerte inserción de la Entidad Colegial y de la Fonoaudiología en la comunidad.

En cuanto a lo comunicacional, además de la publicación de esta Revista Científica, se incorporó un sistema informático que agiliza el intercambio de información entre el profesional y la Institución, a través de un envío masivo de e-mails. Con envíos quincenales se informa toda la actividad y novedades que ameritan difusión, con la colaboración permanente de la Comisión del Foro Fonoaudiológico Regional La Plata.

La comunidad en primer plano

Se extendió la actividad cultural. Este año, un domingo por mes, se realizan eventos que incluyen todos los lenguajes artísticos con el fin de brindar el espacio a jóvenes talentos. En esa línea se creó el grupo de teatro de la Regional La Plata, cuyo director ingresó por concurso.

Por otra parte, el área de Prensa difundió las incumbencias y los alcances de nuestra profesión con publicaciones en medios gráficos y radiales, en las que participaron las diferentes Comisiones de la Regional La Plata, miembros del Consejo Directivo y matriculados de reconocida trayectoria convocados al efecto.

La expansión de nuestra profesión

Se dio apertura a un nuevo Ciclo de Complementación Curricular en la ciudad de San Miguel de Tucumán a través de un acto administrativo que refrendó la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP y con el aval del Consejo Superior del COFOBA.

En función de la propuesta de las autoridades de la Universidad del Museo Social Argentino (UMSA), se firmó un Convenio Marco con fines y alcances específicos para articular un sistema de cooperación interinstitucional con el ob-

> "También, se realizaron las 5tas. Jornadas de Fonoaudiología CRLP con profesionales expositores de primer nivel y un importante número de inscriptos!"

Reconocimiento y camaradería

Se premiaron por primera vez, desde sus inicios en 2003, a los mejores promedios de egreso de la Licenciatura, instaurándose por Resolución de la Regional La Plata la continuidad anual de la premiación.

En diciembre de 2012, en un encuentro de camaradería entre colegas, se celebraron los primeros quince años de nuestro Colegio. La algarabía de ese momento y el reconocimiento de nuestra tarea cotidiana nos alientan a renovar ideas para el encuentro amable entre colegas, que excede el rol específico del Colegio en relación al gobierno de la matrícula y lo científico como actividades tradicionales.

jeto de promover ofertas académicas, de investigación y actividades de extensión.

Jornadas, seminarios y talleres

Se organizaron y se llevaron adelante cursos con certificaciones que emanaron tanto de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP como de la Regional La Plata, como así también jornadas, seminarios y talleres de todas las áreas de práctica, con la inestimable tarea de la Comisión Científica para su puesta en marcha.

En el marco de las leyes vigentes a nivel nacional y provincial que establecen la carga horaria y la evaluación para la certificación de actividades formativas que así lo requieran, se incluyó en esos eventos no sólo a los matriculados sino también a colegas en formación, manteniendo la política de puertas abiertas al interior de la Provincia y de la Regional.

Nuestras comisiones de trabajo

Cumplen un rol altamente eficaz para vehiculizar la gestión en todos los aspectos, y emiten criterios que luego son analizados, debatidos y eventualmente refrendados por el Consejo Directivo y, en los casos que corresponda, trasladados al Consejo Superior.

Las Comisiones de Ejercicio Profesional y de Inserción Profesional elaboraron importantes informes y estadísticas con problemáticas referidas al ejercicio de la fonoaudiología que demuestran la cada día mayor inserción del fonoaudiólogo en los equipos de salud.

Asimismo, se invirtió un gran esfuerzo en aportar a la jerarquización de la profesión. Por tal motivo, impulsamos y difundimos las **Residencias en Fonoaudiología**, colaborando con la Dra. María del Carmen Campos, colega referente provincial designada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Nuestra activa relación con el Consejo Superior

La Regional elevó temas de importancia al Consejo Superior, tales como el Nomenclador, las modificaciones al Reglamento de Ética y al de Categorización, los honorarios fonoaudiológicos mínimos, el valor hora institucional, las tasas municipales con la Federación de Profesionales Universitarios de la Provincia de Buenos Aires (FEPUBA) como impulsor firme de esta problemática y la modificatoria de Ley, entre otras temáticas.

La Lic. María Alejandra Morchón, Presidente del Consejo Directivo, en su carácter de Consejera integrante de la Comisión de Relaciones Institucionales del Consejo Superior, participó activamente y continúa como delegada representante del COFOBA ante el Consejo Consultivo Profesional de la Universidad Nacional de La Plata y ante la FEPUBA, ocupando en esta última, por segundo mandato consecutivo, el carácter de miembro de Mesa Ejecutiva a cargo de la Secretaría de Relaciones Institucionales.

Ante la sorpresiva imposibilidad del normal dictado de clases en el ámbito de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP por razones ajenas a la Regional La Plata, como parte activa y responsable del convenio que permite obtener el título de Licenciado en Fonoaudiología año a año, la Regional La Plata puso a disposición del Ciclo sus instalaciones para los más de 60 cursantes, el viernes 5 y el sábado 6 de julio pasados.

Nuestra sede propia, un símbolo de la gestión

Un edificio abierto a la participación

Hace más de un año y medio, nos mudamos a nuestra nueva sede, un espacio concebido para recibir tanto a los matriculados de la Regional La Plata como a la comunidad interesada en nuestras actividades.

Cuando nuestro Colegio de Fonoaudiólogos nació hace 15 años, no contaba con una sede propia. Tanto el Consejo Superior como la Regional La Plata comenzaron sus actividades en una pequeña oficina cedida por el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires, ubicada en Diagonal 74 entre 2 y 3 de La Plata. Allí se realizaron las primeras matriculaciones.

Luego, una colega le alquiló al Colegio una propiedad en 7 entre 39 y 40. Más tarde, autoridades de la Municipalidad de La Plata prestaron al Colegio una oficina en la actual Dirección de Políticas Sanitarias en Diag. 73 entre 8 y Plaza Rocha, donde el Colegio funcionó durante 2 años.

En 2001, estuvimos en condiciones de comprar, gracias al esfuerzo y solidaridad de todas las Regionales, una casa en 38 y 15, donde actualmente funciona el Consejo Superior.

La necesidad de un espacio propio

En 2009, en base a la línea de pensamiento conducente al engrandecimiento institucional en todos los órdenes y en el marco de los objetivos que trazó esta gestión, entendimos la necesidad de contar con un espacio propio. Por consiguiente, comenzamos a pensar de qué manera se podía transformar esta idea en un proyecto viable y factible. Fue así que dirigimos nuestros objetivos y direccionamos el presupuesto institucional hacia esa meta y nos propusimos comprar una propiedad.

"Buscamos por toda la ciudad. Pero terminamos en-

frente de la sede del Consejo Superior. Nunca lo habíamos imaginado. No podemos creer lo positivo que resulta para el matriculado y para nosotros estar enfrente del Consejo", enfatizó la Lic. María Alejandra Morchón, Presidente de la Regional La Plata.

Además, agregó: *"Quiero agradecer a Liliana Salas, secretaria administrativa del Consejo Superior quien nos avisó que estaban vendiendo esta propiedad. Ni bien nos enteramos llamamos a la inmobiliaria y al otro día ya dimos la reserva. Al mes compramos la casa y la escrituramos; a los dos meses comenzó la obra y al año se concluyó".*

Nuestro nuevo paradigma

Desde sus cimientos, este edificio incluye dos fuertes conceptos: brindar un espacio físico para que los matriculados que se acerquen se sientan cómodos y abrir sus puertas a la comunidad.

Nuestra sede, de dos plantas, cuenta con ambientes funcionales que posibilitan el desarrollo de actividades simultáneas sin ningún tipo de contaminación sonora entre ellas. Posee un espacio principal sumamente amplio donde se encuentra la biblioteca y se llevan a cabo desde reuniones de trabajo, actividades científicas, presentaciones de libros, eventos sociales hasta espectáculos de todos los lenguajes artísticos.

Además, tiene 4 oficinas y una sala de lectura especialmente diseñada para que los matriculados puedan analizar tranquilos los diversos títulos que están a disposición en nuestra actualizada biblioteca. ●

> *"* Para concretar el proyecto se llamó a concurso abierto por propuesta en el que compitieron tres arquitectos.*"*

De colega a colega

En este artículo recordamos los beneficios con los que cuentan nuestros matriculados y la manera de acceder a ellos.

Comodato o préstamo de Audiómetro

La Regional La Plata posee un audiómetro a disposición de los matriculados que lo soliciten, cuando el aparato de su propiedad se haya averiado y acrediten necesitarlo en su reemplazo por un tiempo determinado.

Para acceder a este beneficio, los interesados deberán suscribir el Contrato de Comodato o Préstamo de Uso de Cosas Muebles - Audiómetro -, cuyo modelo puede ser consultado en la sede de la Regional de lunes a viernes de 10 a 15 hs.

Subsidio por incapacidad total o transitoria

La Regional cuenta con un subsidio por incapacidad total o transitoria para el ejercicio profesional de la Fonoaudiología. Será concedido a matriculados que se encuentren al día con sus obligaciones colegiales y acrediten una enfermedad que les imposibilite trabajar por un lapso superior a un mes. La Regional abonará, por única vez, una suma fija en pesos con el objetivo de solventar algunos gastos que demande la atención de la enfermedad y/o cubrir parcialmente la falta de ingresos.

Se podrá consultar más información escribiendo a **fonolaplata@cfba.org.ar** o personalmente en nuestra Sede de lunes a viernes de 10 a 15 hs.

Subsidio a los colegas perjudicados por el temporal

En virtud de la catástrofe climatológica del 2 de abril pasado, el Consejo Directivo de la Regional La Plata resolvió otorgar, a quienes estén inscriptos en el respectivo registro, una ayuda solidaria con carácter de subsidio que permita recuperar, en parte, la pérdida de bienes muebles, aparatología necesaria para el ejercicio profesional y/o paliar los daños producidos por el temporal en sus viviendas particulares, consultorios y/o automóviles.

Nos alienta la respuesta recibida de parte de los colegas que, luego de un análisis exhaustivo de los requisitos para acceder, recibieron el subsidio.

Los interesados pueden consultar escribiendo a **fonolaplata@cfba.org.ar** o personalmente en nuestra Sede de lunes a viernes de 10 a 15 hs.

Pasantía rentada en el Centro DINATOS

Este proyecto surgió a partir de la propuesta que la Lic. Andrea Zanetti, coordinadora del área de Fonoaudiología del Centro de Rehabilitación

Neurofísica DINATOS, realizó al Consejo Directivo para la implementación de Pasantías educativas rentadas conforme la Ley Nacional 26.427 que las regulan.

Los interesados pueden consultar escribiendo a **fonolaplata@cfba.org.ar** o personalmente en nuestra Sede de lunes a viernes de 10 a 15 hs.

Convenio con ERSA Seguros

La Regional acordó un convenio para que nuestros matriculados accedan con precios promocionales al seguro de su vivienda, auto o consultorio.

- RC Profesional $25* por mes. Suma asegurada $120.000.
- Seguro de casa, auto o consultorio: 25% de descuento.
- Notas de crédito hasta $240** para el pago de su matrícula anual.

* El valor de las cuotas puede variar según la fecha de contratación. Costo anual: $300.

** Se otorgarán vales de $80 por cuatrimestre. Todas las coberturas menos RC Prof. o Autos Cob. "A". Se aplica a pólizas nuevas y no es acumulable con otras pólizas o descuentos.

Más información escribiendo a **info@ersaseguros.com.ar** o llamando al 423-2799.

Pasantía en deglución y disfagia en el adulto

Invitamos a nuestros matriculados a inscribirse a una pasantía de perfeccionamiento teórico – práctica en deglución y disfagia en el adulto. Está dirigida a Fonoaudiólogos y Licenciados en Fonoaudiología y se dicta en la Unidad de Fonoaudiología del HIGA Gral. San Martín de la ciudad de La Plata, calle 1 y 70.

Característica y finalidad de la actividad

Se utilizarán, como técnica didáctica, las charlas –debate y se propiciará un intercambio permanente entre docentes y graduados. Se contará con presentaciones Power Point y videos con casos clínicos. También se observarán estudios dinámicos de la deglución y se prevé la realización de informes.

El ingreso se realizará por inscripción para lo que se completará la planilla pertinente y será obligatorio haber cursado y aprobado el curso de actualización en deglución y disfagia organizado por el COFOBA – Regional La Plata.

Los interesados pueden consultar escribiendo a **fonolaplata@cfba.org.ar** ó personalmente en nuestra Sede de lunes a viernes de 10 a 15 hs.

La actualización científica: premisa para el crecimiento profesional

Invitamos a nuestros colegas a participar de las actividades científicas de la Regional La Plata a través del aporte de temáticas, modalidades, como disertantes, y con toda propuesta de actualización que enriquezca nuestro ejercicio profesional.

Así, uniendo esfuerzos, persiguiendo objetivos comunes, construyendo entre todos nuestra identidad, estamos seguros de poder dar la respuesta que satisfaga con idoneidad la creciente demanda de nuestra vertiginosa sociedad y continuar instalando la Fonoaudiología en el marco científico acorde al avance del estado del arte.

Las propuestas podrán ser enviadas a **fonolaplata@cfba.org.ar**

Promoción y compromiso con la comunidad

Desde la Comisión de Ecología se desarrollan múltiples iniciativas tendientes a concientizar a la población sobre la problemática del ruido y sus consecuencias sobre la salud.

Desde 1998, existe, en la Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires, una Comisión especialmente dedicada a la prevención de problemáticas de salud vinculadas a alteraciones de la audición. La Comisión de Ecología fue la primera en formarse en la institución y contó inicialmente con cuatro integrantes: la Lic. Nora Dumm, especialista en voz; las Lics. Silvia Mozsemberg y Norma Massara, especialistas en lenguaje, y la Dra. Silvia Bermúdez, audióloga.

La preocupación de las profesionales ante los casos de hipoacusia inducida por el ruido detectados en los exámenes pre ocupacionales fue uno de los motivos que dio origen a la comisión y determinaron el objetivo principal de la Comisión: **hablarle al individuo sano, haciendo hincapié en la prevención primaria de la salud**.

A través de distintas herramientas como charlas, mediciones urbanas de ruido, audiometrías gratuitas y participación en actividades vinculadas al cuidado del medio ambiente, las acciones se fueron multiplicando y se fue fortaleciendo el rol de la Comisión como emblema de la prevención auditiva bajo la coordinación de la Dra. Bermúdez y la Lic. Noelia Gwozdz.

Medición de Ruido urbano en 8 y 51. Junio de 2013.

La medida del ruido

Todos los años en el mes de abril, en coincidencia con el Día Internacional de la toma de conciencia del Ruido, la Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos sale a la calle y participa activamente para llevar a la comunidad un mensaje preventivo.

La propuesta de este año incluyó mediciones de ruido urbano con un decibelímetro en la intersección de las calles 8 y 51, donde se detectaron niveles de ruido entre 80 y 95 decibeles. Simultáneamente, el grupo de títeres "Los Muñocos" repartieron volantes, y profesionales de nuestra Regional despejaron las dudas de quienes se acercaron con consultas relacionadas con el ruido. Por otra parte, junto con la H. Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, nuestra Regional organizó una jornada sobre "Contaminación sonora y Calidad de Vida", que contó con el auspicio del Organismo Provincial para el Desarrollo Sostenible, la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires y las Universidades Nacionales de La Plata y Tres de Febrero.

El evento convocó tanto a autoridades como a especialistas de distintas instituciones y profesionales, quienes, cada uno desde su lugar, hicieron sus aportes para analizar de forma integral el problema del ruido. Desde nuestra institución, la Dra. Bermúdez disertó sobre "Disciplina fonoaudiológica en el campo de la contaminación sonora. Efectos del ruido en la salud auditiva y vocal. Medidas preventivas". Simultáneamente, se desarrollaron screenings auditivos gratuitos a todos los interesados en conocer su salud auditiva.

La labor fonoaudiológica en la Salud Pública

Compartimos las conclusiones del II Encuentro de Fonoaudiólogos de Salud Pública de la Región Sanitaria XI.

Las Normas de Organización y funcionamiento del área de Fonoaudiología de los establecimientos asistenciales definen a la salud fonoaudiológica como el ***"estado pleno de bienestar biosicofísico a través de una adecuada comunicación humana. Para eso se necesita de una formación pluridisciplinaria que permite a la fonoaudiología actuar en el campo de la salud, la educación y la rehabilitación"***.

Con el objeto de socializar prácticas profesionales e intercambiar experiencias y necesidades en Fonoaudiología de los Establecimientos Asistenciales de Salud Pública y gracias al impulso de inicio dado por la colega Norma Massara, matriculada en nuestra regional, se realizaron ya dos encuentros de Fonoaudiólogos de Salud Pública de la Región Sanitaria XI del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El primero se llevó a cabo en el Hospital Noel Sbarra de La Plata el 5 de diciembre de 2012. Entre las conclusiones presentadas se hizo hincapié en la demanda creciente que la población hace de la asistencia fonoaudiológica y en la necesidad de mayor cantidad de profesionales en los hospitales públicos. También surgió la necesidad de trabajar en red y unificar el nomenclador de prestaciones para sistematizar la estadística.

Recientemente, el 26 de junio pasado, se realizó el II Encuentro, esta vez en el Hospital Elina de la Serna, con el objeto de pensar al ejercicio profesional desde la multidisciplina y desde allí considerar la modalidad de representatividad estadística, de planificación y gestión.

De las exposiciones se llegó a las siguientes conclusiones:

- Existen similares prácticas profesionales en Hospitales y Centros de Salud de distinto nivel de complejidad en salud pública.
- Para optimizar la demanda, se sugieren prácticas profesionales sobre la base de los recursos con que cuenta cada lugar de trabajo.
- Se promueve la creación de redes coordinadas para facilitar el acceso a la atención fonoaudiológica.
- Se considera una necesidad a la normatización de las producciones de cada Área/Unidad, respetando las particularidades de cada acto profesional.
- Se valoran las Residencias en Fonoaudiología como espacio para la formación y capacitación profesional y se sugiere gestionar la creación de nuevas residencias.
- Se solicitaría la inclusión del Fonoaudiólogo dentro de los Planes de Salud como un efector más en la protección, prevención y promoción de la salud.

Ambos encuentros contaron con el auspicio y la presencia de autoridades de nuestra institución, como así también de autoridades de la Región Sanitaria XI y de la Escuela de Capacitación del ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, de autoridades de los hospitales sedes, de la Fundación Pro Infantia y de la Asociación Civil Escuchándonos.

La salud fonoaudiológica es el "estado pleno de bienestar biosicofísico a través de una adecuada comunicación humana."

La Residencia de Fonoaudiología

Por la Lic. María Alejandra Rodríguez Moreda

La Residencia de Fonoaudiología depende de la Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud que se encuentra en el área de la Subsecretaría de Planificación de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El proyecto de Residencia se inició hace tiempo y estuvo a cargo de la Lic. María del Pilar Tourn y de la Dra. María del Carmen Campos, colegas de la Regional La Plata, y hace 3 años se aprobó. Hoy en día, cuenta con 8 cupos en 5 Hospitales de la Provincia de Buenos Aires: 2 en el Hospital "Gral. San Martín" de La Plata, 2 en el Hospital "Pedro Fiorito" de Avellaneda, 1 en el Hospital "Evita" de Lanús, 1 en el Hospital "Héroes de Malvinas" de Merlo y 2 en el Hospital "Dr. José Penna" de Bahía Blanca.

Rendir el examen de ingreso a la Residencia no sólo me permitiría acceder a una formación de post-grado sino que además iba a concretar un proyecto que se venía gestando hace bastante tiempo, pero nunca imaginé que me podría convertir en la primer residente de La Plata y hoy puedo tomar conciencia de lo importante que es.

Cómo está organizada

Dura 3 años y se extiende de lunes a viernes de 8 a 17 hs. A su vez, debemos realizar una guardia pasiva semanal los sábados por la mañana en la que llevamos a cabo otoemisiones en el marco del programa nacional y provincial de detección de hipoacusia y si los viernes el servicio de otorrinolaringología nos interconsulta por algún estudio audiológico de urgencia debemos darle respuesta.

Además, la Residencia tiene prevista rotaciones. Es decir, lo que consideres que no puedas aprender en el Hospital San Martín, podes ir a verlo a otros Hospitales. Ya roté por el Hospital de Niños y el "Mi Pueblo" de Florencia Varela. Actualmente estoy concurriendo al área de Neonatología del Hospital San Martín donde veo niños con problemas de deglución y alimentación.

Los 5 residentes del Hospital San Martín. De izq. a der.: Lic. María Jimena Bassat (1er año), Lic. María Belén Escudero (2do año) Lic. Pablo Marturano (1er año), Lic. María Paula Timpone (2do año) y Lic. María Alejandra Rodríguez Moreda (3er año).

Como parte de nuestro trabajo diario, de 8 a 12 hs. respondemos interconsultas de los distintos sectores que tiene el Hospital San Martín: Clínica, Cirugía, Neurocirugía, Quemados, Traumatología, Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Estas interconsultas se van respondiendo de acuerdo a los años que tengas como residente. A más antigüedad en la Residencia, más complejas son las consultas que respondemos.

Por la tarde, estudiamos materias extracurriculares que están dentro del sistema de Residencia: inglés aplicado a nuestra profesión, Metodología de la Investigación, Epidemiología y Derechos Humanos. Asimismo, damos cuenta de nuestro trabajo de formación a través de clases, ateneos y presentaciones.

Invito a todos los colegas a que se animen y rindan el examen para entrar a la Residencia. En otras disciplinas, este proceso está sumamente instalado y para nosotros, los Lic. en Fonoaudiología, debería ser igual.

Agradezco estar cursando esta etapa profesional a las colegas que tanto hicieron por ello. Y espero reflejar el nivel de fonoaudiólogos que con la Residencia se inicia.

Más información en:
www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/index_residencias.html
E-mail: dtoresidencias-sspsalud@ms.gba.gov.ar
(0221) 425- 6197.

Nuestras comisiones de trabajo

- Ecología
- Voz
- Lenguaje
- Prácticas e inserción Profesional
- Científica
- Ejercicio Profesional
- Comunidad virtual. Espacio Fonoaudiológico.
- Biblioteca

Su permanente tarea nos permite avanzar en el logro de los siguientes objetivos de gestión:

- Enriquecer el quehacer profesional y científico.
- Proyectar nuestro campo de acción a la comunidad.
- Realizar atención primaria de la salud.

Los interesados en enviar propuestas o sugerencias pueden hacerlo escribiendo a **fonolaplata@cfba.org.ar**

Regional La Plata
Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires

Calle 38 N° 1005 entre 15 y 16

Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

(0221) 427-2234

fonolaplata@cfba.org.ar

Horario de Atención: de lunes a viernes de **10 a 15 hs.**